

ESSAI SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DU

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

PAR L'EXTIRPATION



THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 16 février, à 3 heures

PAR

Marie-Henri-Charles FRÉNOTNé à Mirecourt (Vosges), le 1^{er} avril 1868*Examineurs :*

{ MM. HEYDENREICH, président.
GROSS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1897



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546204_0016

ESSAI SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DU

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

PAR L'EXTIRPATION

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 16 février, à 5 heures

PAR

Marie-Henri-Charles FRÉNOTNé à Mirecourt (Vosges), le 1^{er} avril 1868

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, président.
GROSS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

—
1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I ☉.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✱, I ☉, HERRGOTT ✱, I ☉,
HECHT ✱, I ☉, BEAUNIS ✱, I ☉.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, ✱ I ☉, professeur
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, ✱ I ☉, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I ☉, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I ☉, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I ☉, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I ☉, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ☉, professeur
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ☉, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I ☉, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I ☉, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I ☉, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I ☉, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ☉, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I ☉, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A ☉, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ☉, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A ☉, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A ☉, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ☉, ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A ☉, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ☉, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, A ☉, ag., ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, A ☉.	MM. ZILGIEV.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ☉.	GUILLOZ.	LAMBERT.
FÉVRIER, A ☉.	FROELICH.	
ETIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN ✱, I ☉, ROHMER, I ☉, VAUTRIN, A ☉,
REMY, A ☉, P. PARISOT, A ☉.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ☼, A ☉, Secrétaire.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont
présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle
n'entend ni les approuver ni les imputer.*

A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MON AMOUR FILIAL

AVANT-PROPOS

Sur le point de prendre congé de nos maîtres vénérés de la Faculté de médecine de Nancy et avant de leur dire un dernier adieu, nous saisissons avec joie l'occasion que nous rencontrons ici de leur offrir l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour les excellentes leçons et les bons conseils qu'ils nous ont prodigués sans mesure au cours de nos études médicales.

Avant tout nous avons à nous acquitter d'un devoir qu'il nous est doux de remplir, c'est de présenter à M. le doyen et professeur Heydenreich, notre président de thèse, l'hommage de notre entière gratitude pour les marques de sympathie et de bienveillant encouragement dont il n'a cessé de nous combler, en particulier pendant les heureux mois de stage que nous avons eu le bonheur de passer sous son habile et paternelle direction. Toujours le souvenir des qualités éminentes, que ce maître distingué apporte dans l'accomplissement quotidien d'une tâche délicate et parfois périlleuse, vivra dans notre esprit et sera pour nous le plus précieux soutien aux heures difficiles de notre carrière. Que M. le professeur Heydenreich veuille bien nous permettre de lui dédier notre trop modeste essai en témoignage de notre admiration et de notre déférence.

L'accueil favorable que nous avons reçu auprès de

MM. les professeurs Gross et Weiss, nous procure le plaisir de leur adresser à tous deux nos plus sincères remerciements pour la grande obligeance avec laquelle ils ont consenti à répondre à notre demande et à nous donner communication de plusieurs observations d'un haut intérêt.

Nous ne pouvons que payer un faible tribut de juste reconnaissance à M. le professeur Spillmann, dont les belles leçons pratiques au lit du malade et les conférences cliniques semées d'aperçus féconds nous ont imprimé une marche que nous nous efforcerons de toujours poursuivre davantage.

Nous n'aurons garde de méconnaître tout ce que nous devons à M. le professeur Herrgott et à son enseignement si vivant et si animé ; combien de fois, pendant un an que nous avons passé à la clinique de la Maternité, nous a-t-il été donné d'apprécier sa grande amitié pour la jeunesse.

Nous sommes heureux d'offrir à M. le professeur Schmitt l'expression de notre bien vive gratitude pour l'intérêt affectueux qu'il nous a porté et pour les excellents principes thérapeutiques de la justesse desquels il a su nous convaincre.

Nous ne nous rappelons pas sans charme les cours éloquents que nous avons recueillis, il y a longtemps déjà, au pied de la chaire de MM. les professeurs Macé et Nicolas. Ces maîtres dévoués ont été nos premiers initiateurs dans la voie souvent ardue des études scientifiques, préliminaires des investigations médicales.

Enfin nous adresserons nos plus respectueux et plus sympathiques remerciements à MM. les profes-

seurs agrégés Février et Frœlich qui, à de fréquentes reprises, ont guidé notre main novice dans les exercices de dissection et de manuel opératoire.

En présentant à la Faculté de médecine de Nancy ce travail bien inférieur malheureusement à la moisson que nous aurions souhaité lui apporter, nous ne pouvons formuler qu'un vœu : c'est que notre ouvrage soit agréé comme nous l'avons composé nous-même, avec plaisir et bonne volonté, et qu'il soit tenu compte envers nous de l'intention plutôt que de l'exécution.

INTRODUCTION

Sur le conseil de M. le professeur agrégé Frœlich, nous avons choisi pour sujet de notre thèse l'exposé succinct des résultats éloignés obtenus à la suite du traitement des diverses variétés de tumeurs malignes par l'extirpation. Une telle matière nous a paru d'abord au-dessus de nos forces et il nous a semblé qu'il ne nous appartenait pas d'entreprendre une question encore si ardemment discutée. En effet un point souvent laissé dans l'ombre lorsque l'on s'occupe du traitement chirurgical des tumeurs de mauvaise nature est précisément l'étude des résultats éloignés des opérations tentées pour aboutir à leur guérison radicale. Aussi notre intention première était-elle d'esquisser seulement quelques considérations très générales sur l'étiologie et le pronostic des tumeurs malignes et de les accompagner de plusieurs exemples de guérison de longue durée. Cependant, d'après l'avis de M. le doyen et professeur Heydenreich, nous avons abandonné cette idée pour nous arrêter au plan que nous avait tracé M. le professeur agrégé Frœlich. Il est superflu de faire remarquer que nous n'aurons en vue ici que les succès consécutifs à l'emploi d'une méthode purement chirurgicale ; nous laisserons de côté l'appréciation des résultats fournis par les procédés médicaux tels que l'usage interne et externe du chlorate de potasse et les injections intersticielles de diverses

substances organiques ou médicamenteuses. Quant à l'électrolyse elle est encore de trop fraîche date et trop peu répandue dans la pratique courante pour que nous ayons pu la comprendre parmi les moyens chirurgicaux.

Mais avant d'entrer en plein dans notre sujet, nous estimons nécessaire de justifier le plus brièvement possible l'ordre que nous avons cru devoir adopter et la marche que nous avons suivie.

Dans un premier chapitre intitulé : Essai sur la définition du cancer, nous passons en revue différentes définitions qui ont été proposées de ces productions morbides et nous nous efforçons de déterminer quelques-unes des raisons pour lesquelles, malgré la sagacité des cliniciens et les recherches des micrographes, une définition simple, précise et complète n'a pu encore être établie définitivement. Parmi les nombreuses définitions, tant histologiques que cliniques, que l'on a cherché à mettre en honneur, beaucoup n'ont eu qu'un succès éphémère, un plus grand nombre encore n'ont plus qu'une signification historique ; nous n'avons cité que celles qui se partagent actuellement la faveur des maîtres les plus autorisés.

Après avoir délimité le cancer par ses caractères cliniques et indiqué les espèces histologiques que ce genre comporte, nous l'étudions dans sa structure intime et nous décrivons, d'après les derniers travaux de l'anatomie pathologique, sa naissance, ses premiers développements et son envahissement de tout l'organisme. Sous peine d'être incomplet et inexact nous avons été obligé d'entrer à ce sujet dans des détails

circonstanciés, mais nous avons mis toute notre attention à faire de ces phénomènes si complexes un exposé clair et rapide. A plusieurs reprises dans le cours de ce chapitre nous avons fait allusion à certains systèmes qui ont joui et jouissent encore de nos jours d'un grand crédit auprès de quelques écoles, mais nous avons eu soin de les présenter comme de simples hypothèses. Cette partie de notre travail pourrait sembler de prime abord un hors-d'œuvre ; cependant il nous a paru que les recherches contemporaines sur la texture des tumeurs malignes et leur mode de propagation, et surtout les tentatives faites pour surprendre la cause extrinsèque de leur développement méritaient une exposition suivie.

D'après la recommandation expresse de M. le professeur agrégé Frœlich, nous avons examiné dans un court chapitre la théorie de la diathèse cancéreuse à propos de laquelle nous avons fait une revue sommaire des différentes dyscrasies organiques qui tour à tour ont été mises en avant comme causes déterminantes de la production des tumeurs malignes et nous avons attribué une importance exceptionnelle à la grave question de l'hérédité.

Ces préliminaires une fois posés, nous entrons maintenant dans le vif de notre sujet et sous le titre : Curabilité des tumeurs malignes en général, nous avons tâché de présenter le plus nettement que nous l'avons pu le point de vue particulier sous lequel la science moderne envisage la cure définitive du cancer, tel du moins que nous avons cru le comprendre. Nous rappelons l'opinion personnelle d'éminents chirurgiens de la première moitié du siècle sur ce sujet,

notamment de Velpeau et nous cherchons à montrer par plusieurs exemples dont la véracité ne peut prêter à aucune contradiction que la proportion des guérisons prolongées n'a fait que s'élever concurremment avec les progrès des méthodes opératoires et la connaissance plus parfaite de l'anatomie pathologique. Nous terminons ce chapitre dont nous avons voulu faire la partie essentielle de notre thèse par l'énumération des exigences multiples auxquelles l'opérateur devra se soumettre, pour arriver plus sûrement au seul but de son intervention : la guérison sans récurrence. Si l'on nous reproche de nous être trop attardé à décrire les conditions générales de toute opération dirigée contre une tumeur maligne, nous répondrons que notre intention n'a pas été d'instituer un parallèle des divers procédés chirurgicaux, mais seulement d'énoncer quelques règles de compréhension très vaste et qui sont applicables à tous les cas.

Nous en avons fini dès lors avec le côté purement dogmatique de notre travail et dans une série de petits articles nous étudions successivement, sous le rapport du bénéfice réel qu'elles nous apportent, les opérations tentées contre les tumeurs malignes des lèvres, du sein, de l'utérus, de la langue et du larynx, du rectum, de la face et du fémur. Nous avons cru pouvoir négliger totalement les cancers des organes internes tels que ceux du poumon, du rein, du cerveau, du foie, de la vessie et de l'estomac qui sont peu accessibles au chirurgien et dont l'ablation demeure inévitablement partielle et encore au prix de délabrements très étendus. Ces sortes de tumeurs malignes, outre qu'elles récidivent fatalement au bout

d'un temps très court, appartiennent toujours aux sous-genres que l'histologie et la clinique sont unanimes à déclarer les plus pernicioeux.

Malheureusement les données relatives aux résultats éloignés du traitement des tumeurs malignes par la méthode opératoire sont jusqu'à ce jour disséminées à peu près sans ordre dans des mémoires peu connus et difficilement abordables ou dans des publications périodiques qui se contentent d'enregistrer brièvement que tel chirurgien en renom a procédé à l'ablation d'une tumeur maligne siégeant dans tel organe et qu'au bout de tant d'années, il a vu son opéré exempt de toute menace de récidence. Les études cliniques de ces trente dernières années ont, à la vérité, enrichi par des statistiques étendues, mais plus hâtivement publiées que soigneusement établies, l'histoire générale des tumeurs de mauvaise nature en insistant de préférence sur leur curabilité plus ou moins définitive. Cette dernière partie a fait l'objet de recherches fort curieuses dont nous avons essayé de mettre à profit les résultats les plus probants. Mais pour juger en pleine connaissance de cause les succès durables que l'on doit au traitement opératoire des tumeurs malignes, il faudrait posséder plusieurs éléments d'appréciation dont nous n'avons pu obtenir la réunion totale que dans un petit nombre d'exemples. A notre sens une observation relative à un néoplasme de mauvaise nature devrait, pour offrir une certitude rigoureusement scientifique, embrasser les divers facteurs que nous allons énumérer. Les commémoratifs demandés se rapporteraient à l'âge du sujet, à ses antécédents pathologiques personnels et à la détermination de son

tempérament et de sa constitution. En passant l'on se renseignerait sommairement sur sa profession, ses habitudes, son mode le plus ordinaire d'alimentation et son genre de vie en comprenant sous cette dernière rubrique les *circumfusa*, habitation, milieu, eau de boisson et climat. L'hérédité serait particulièrement l'objet d'une enquête approfondie. Portant ensuite l'attention du côté de l'organe malade, il resterait, après avoir passé en revue les symptômes actuels, à s'enquérir de son état antérieur, de son fonctionnement normal ou exagéré et des violences dont il aurait pu être le but. La nature de la tumeur une fois établie cliniquement, le diagnostic histologique viendrait préciser à quelle variété l'on a affaire. L'observation mentionnerait scrupuleusement le procédé opératoire pour lequel le chirurgien se serait décidé et noterait toutes les particularités qui se seraient produites au cours de l'intervention et qui pourraient avoir un retentissement sur ses suites lointaines. La tumeur étant enlevée, l'on instituerait un deuxième examen microscopique portant alors sur des coupes nombreuses et pratiquées dans différentes directions, car il arrive parfois que certaines tumeurs graves, surtout les sarcômes, présentent une structure mixte et par conséquent que certaines de leurs parties sont douées d'une plus grande malignité. La guérison post-opératoire, bien constatée, il resterait à vérifier si elle est vraiment réelle, c'est-à-dire que l'on ne devrait pas se borner à un examen rapide et superficiel de la région autrefois intéressée, mais que l'exploration devrait se porter sur les organes lymphatiques ressortissants et s'étendre aux alentours de manière à ne pas

laisser inaperçu un cancer secondaire qui se développerait à quelque distance du foyer primitif. Cet examen devrait être prolongé à intervalles réguliers pendant plusieurs années. Nous verrons plus tard que les divers chirurgiens sont encore loin de s'entendre sur la durée du temps nécessaire et suffisant pour que nous soyons autorisé à proclamer définitive la guérison d'une tumeur maligne. S'il nous était permis d'exprimer notre sentiment personnel sur une question aussi controversée, nous dirions qu'un délai de cinq ans compté à partir de la cicatrisation de la plaie opératoire nous paraît comporter les plus fortes probabilités en faveur d'une cure radicale. Une période de trois et même quatre ans, que l'on s'accorde généralement aujourd'hui à regarder comme le terme fatidique à l'expiration duquel la guérison est définitivement acquise, est sujette à de trop fréquentes exceptions. Combien de fois, en effet, n'a-t-on pas cité une récurrence ou simplement un engorgement ganglionnaire survenant après trois et quatre années d'accalmie parfaite ? Cependant nous nous conformerons à l'usage presque universel et nous tiendrons pour satisfaisants tous les cas et toutes les observations qui nous montrent la repullulation ne faisant craindre aucune apparition au bout de trois ans écoulés.

Enfin il aurait fallu un esprit plus familiarisé que le nôtre avec les déductions scientifiques pour tirer de ces matériaux épars des rapprochements et des comparaisons fertiles en aperçus originaux. Aussi n'étant parvenu à formuler aucune loi, aucune conclusion maîtresse de l'interprétation des nombreuses interventions dirigées contre le cancer, devons-nous

nous contenter de reproduire quelques statistiques empruntées aux chirurgiens les plus autorisés et choisies parmi les plus significatives sous le rapport de la durée de la survie. Mais la marche des tumeurs malignes si variable selon leur siège et leur parenté anatomique a pour effet de rendre d'autant plus factice et artificiel le parallèle des résultats acquis à la suite d'opérations pratiquées à leurs diverses périodes. Une foule de circonstances accidentelles et encore peu déterminées viennent y ajouter leur influence accessoire. L'âge des sujets constitue une nouvelle complication. Par malheur la plupart des statistiques qui ont trait à ce problème embrassent dans un même tableau les faits les plus opposés comme nature et comme localisation. Nous avons cherché à rassembler dans la limite du possible les cas qui se rapprochent le plus au point de vue du siège de la lésion, de l'âge des malades et même du procédé opératoire mis en œuvre.

I

Essai sur la définition du cancer.

On a désigné universellement sous le nom très général de cancer tout un groupe de tumeurs, spécialement de nature maligne. Il suit de cette affirmation que les mots cancer et tumeur maligne doivent être considérés comme parfaitement synonymes pour le clinicien. Cette dénomination de cancer est tirée d'une ressemblance grossière que leurs ramifications affectent parfois, notamment dans la mamelle, avec les pattes d'un crabe. Les termes : diathèse cancéreuse, vice cancéreux, tumeur de nature cancéreuse, ont perdu de nos jours toute signification scientifique nettement déterminée ; cependant ils ont conservé une valeur relative dans l'histoire des sciences médicales et même jusqu'à ces dernières années dans le langage courant de quelques praticiens. A dater d'Hippocrate en effet, les médecins de tous les siècles ont donné le nom de cancer presque indifféremment à toutes les variétés de tumeurs graves au premier chef par leur récurrence rebelle, par leur tendance à l'envahissement et à la généralisation, par leur résistance aux traitements les plus variés et les plus énergiques et surtout par leur terminaison fatalement mortelle lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes.

Il faut donc avant tout nous expliquer sur le sens à attribuer à l'expression : tumeur maligne.

De nombreuses définitions en ont été imaginées, ce qui nous prouve les difficultés réelles qu'il y a à établir un ensemble rigoureux de caractères histologiques et de signes morbides. C'est à tort que dans les observations et les traités classiques, on emploie le mot tumeur pour désigner les produits pathologiques qui se manifestent principalement par leur tendance à l'accroissement continu et par leur résistance à la thérapeutique. Ce terme, entendu à la manière de Boyer qui l'appliquait, sans spécifier davantage, à toute éminence contre nature qui se forme dans une partie quelconque du corps humain, est en effet beaucoup trop vague. La dénomination de productions accidentelles, usitée dans le *Compendium de chirurgie*, est plus exacte sous le point de vue de la pathologie, mais sa compréhension est encore trop vaste.

Robin et Burdach ont créé de toutes pièces les mots : pseudoplasme et néoplasme.

Robin appelle pseudoplasme un produit morbide de formation nouvelle, dont les éléments constitutifs ne ressemblent pas à ceux que l'on rencontre dans l'organisme normal. Le pseudoplasme, ainsi délimité, serait toujours de nature hétéromorphe ; nous verrons plus tard quelle est la valeur anatomo-pathologique de ce qualificatif. Il entendait en outre par néoplasie la fonction pathologique par le fait de laquelle prennent naissance tous les pseudoplasmes, c'est-à-dire la génération d'éléments anatomiques nouveaux.

Burdach comprend sous le nom de néoplasme la masse organique commune ou générale qui constitue le tissu fondamental de toutes les productions nouvelles et qui a quelque analogie avec la masse anatomo-

mique primordiale. Mais aujourd'hui on se sert plus volontiers de l'expression néoplasme pour désigner d'une façon générale toutes les tumeurs : lipômes, fibrômes, myômes, chondrômes, ostéomes, carcinômes, épithéliômes et sarcômes. MM. Verneuil et Kirmisson ont voulu réserver exclusivement le nom de néoplasmes aux seuls résultats de la néoplasie spontanée ou idiopathique ou encore essentielle et ont essayé d'établir l'existence de plusieurs sortes de néoplasies dont ils opèrent le classement rationnel ainsi qu'il suit :

	Néoplasie physiologique	{	Formatrice. Conservatrice.
	Physiologico-pathologique	{	Réparatrice. Régénératrice. Préservatrice. Compensatrice.
Pathologique proprement dite	Symptomatique	{	Irritative. Inflammatoire. Parasitaire.
			Pathologique spontanée ou essentielle.

Nous n'avons à nous intéresser ici qu'à cette dernière variété qui forme à elle seule un groupe morbide indépendant.

Le professeur Cornil paraît avoir rallié la grande majorité des suffrages en admettant que, s'il existe réellement toute une famille naturelle d'affections cancéreuses présentant des symptômes constants, toujours et partout identiques à eux-mêmes, elles doivent être définies uniquement d'après leurs carac-

tères cliniques. Partant de ce principe, il propose des tumeurs malignes la définition générale suivante : nous comprendrons sous le nom de cancers, dit-il, toutes les tumeurs qui désorganisent les tissus dans lesquels elles ont pris naissance et aux dépens desquels elles se développent, s'étendent au voisinage par continuité ou par dissémination, se substituent peu à peu aux organes envahis, ont une tendance marquée à récidiver sur place ou à distance après l'ablation, ne cèdent à aucun traitement médical, soit externe, soit interne, se généralisent assez fréquemment par des nodules secondaires aux différents organes et tissus en commençant par les ganglions lymphatiques les plus rapprochés du foyer primitif et amènent constamment la mort si l'on n'intervient pas à temps.

Cette définition peut paraître un peu longue et chargée, mais elle a l'avantage de réunir toutes les qualités cliniques maîtresses des tumeurs de mauvaise nature sans rien préjuger sur la gravité plus ou moins grande de telle ou telle variété particulière. En se fondant exclusivement sur les données de la pathologie, le professeur Cornil ne faisait d'ailleurs que remettre en usage l'ancienne conception de Velpeau qui comprenait le terme cancer comme synonyme de tumeur maligne. Pour Velpeau en effet, les divisions purement anatomiques ou histologiques que Laennec et à sa suite Cruveilhier et Lebert, avaient tenté d'édifier entre les cancers proprement dits, les cancroïdes et les tumeurs fibro-plastiques, devaient s'effacer devant leur gravité et leur marche clinique semblables et l'on devait englober sous la dénomina-

tion commune de tumeurs malignes toutes ces variétés indistinctement.

Au point de vue spécial de l'histologie, les définitions ne font pas défaut. Virchow considère les tumeurs de mauvaise nature prises en masse comme constituées foncièrement par un tissu alvéolaire dans la trame duquel sont répandues des cellules ayant un type épithélial.

Rindfleisch appelle cancer toute tumeur formée par une charpente conjonctive renfermant dans ses mailles des éléments cellulaires dont le caractère fondamental est épithélioïde, c'est-à-dire vaguement épithélial.

Waldeyer pense que le cancer doit être défini : une tumeur épithéliale atypique, ce qui veut dire que le cancer, tout en présentant le modèle général de la cellule épithéliale, ne revêt pas l'agencement du tissu épithélial normal de l'économie.

Cornil et Ranvier définissent de la manière suivante la tumeur maligne : toute masse constituée par un tissu de nouvelle formation, en un mot tout néoplasme ayant de la tendance à persister, à récidiver et à s'accroître.

Bard (Anatomie pathologique générale des tumeurs, leur nature et leur classification physiologique, *Archives de physiologie*, 1^{er} août 1885), précise d'ailleurs : les seuls néoplasmes qui doivent garder le nom de tumeurs malignes, dit-il, dans le sens actuel que l'on attache à ce mot, sont tous ceux qui reconnaissent comme origine une multiplication cellulaire active, née sous l'influence d'une cause étrangère à tout travail inflammatoire proprement dit.

Puig (*Contribution à l'étude de l'hérédité des tumeurs*, thèse de Lyon, 1885), regarde les tumeurs de mauvaise nature comme résultant d'une perturbation apportée dans les fonctions primordiales d'assimilation et de désassimilation des tissus et expose ainsi leur mode de formation. A l'état normal, la nutrition fait subir aux tissus de continuelles métamorphoses, les éléments vieillissent à mesure qu'ils remplissent leurs fonctions, puis d'autres éléments absolument semblables aux premiers prennent leur place et subissent à leur tour la même destinée. Que cet équilibre entre la réparation des tissus et la disparition des éléments qui ont déjà rempli leur rôle physiologique vienne à se rompre, que les cellules se multiplient en grande abondance dans un temps relativement court et la tumeur maligne dans le vrai sens du mot sera constituée.

MM. Verneuil et Kirmisson se sont efforcés de nous donner des néoplasmes malins ou idiopathiques une définition non pas fondée spécialement sur l'anatomie pathologique ou sur la clinique externe, mais embrassant à la fois tous leurs caractères anatomiques, physiologiques, cliniques, étiologiques et pronostiques. En conséquence, ils appellent néoplasme tout organe accidentel, définitif, superflu et nuisible, constitué par l'hypergénèse d'éléments anatomiques nouveaux concourant à former des tissus altérés morphologiquement et peut-être chimiquement, siège d'une nutrition pervertie et désordonnée et enfin manifestation locale d'une diathèse générale dérivant de la dyscrasie arthritique. Dans un chapitre ultérieur, nous aurons sujet d'examiner ce qu'il faut penser de cette dernière proposition.

Ces diverses définitions, tout incomplètes qu'elles sont, puisque les unes, très satisfaisantes d'ailleurs pour le praticien, négligent entièrement les données que nous fournit le microscope, tandis que les autres passent de parti pris sous silence les résultats positifs que nous devons aux études cliniques, nous permettent néanmoins de limiter le sujet de notre thèse et d'en éliminer aussitôt les tumeurs d'origine simplement inflammatoire et toutes les nombreuses variétés de kystes. Nous maintiendrons provisoirement la distinction reconnue jusqu'ici suffisamment approximative en pathologie externe des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes puisque l'état actuel de nos connaissances n'a pu fixer encore sur une base assez ferme les caractères spécifiques essentiels du cancer. Nous pourrions peut-être avec quelque apparence de raison établir aussi une division intermédiaire entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes. Elle comprendrait notamment les différentes variétés du genre sarcôme qui affectent tantôt les allures des tumeurs bénignes, tantôt celles des tumeurs malignes, les sarcômes mélaniques se comportant par leur marche rapidement progressive comme les carcinomes les plus malins. Nous confondrons sous le nom générique de cancers les épithéliômes et les carcinomes à cause de la grande similitude de leur évolution clinique et parce que, dans beaucoup de circonstances, le diagnostic différentiel n'en a pas été fait. Du reste, l'anatomie pathologique tend aujourd'hui de plus en plus à opérer leur fusion dans un même groupe naturel. En outre, dans un très grand nombre de documents que nous aurons à mettre à

contribution pour notre travail, on n'a pas pris soin d'établir une distinction précise entre ces deux expressions, négligence fort regrettable, car les mots dans le langage scientifique n'ont de valeur que par le sens qu'on leur attache. Tout au plus pourrions-nous réserver la dénomination de carcinômes aux cancers internes, particulièrement aux cancers viscéraux, pour désigner par le terme épithéliôme les cancers externes tels que ceux des lèvres, de la langue, du sein et du col de l'utérus.

Pour nous résumer, tâchant de prendre pour base de notre définition l'ensemble des caractères cliniques communs aux différentes variétés de tumeurs de mauvaise nature et faisant leur application aux données les plus certaines que nous apporte le microscope, nous appellerons tumeur maligne, au point de vue de la pathologie pure, toute tumeur qui s'accroît sur la place même où elle a pris naissance, présente une grande tendance à récidiver localement, envahit les ganglions lymphatiques et dont l'aboutissant ultime est la généralisation et comme conséquence la cachexie et la mort. Histologiquement nous ferons rentrer dans le domaine des tumeurs de mauvaise nature et par ordre de gravité décroissante : le carcinôme, l'épithéliôme et le sarcôme, ainsi que les nombreux dérivés auxquels ce dernier donne lieu par la combinaison de ses éléments propres avec des éléments étrangers, surtout l'ostéosarcôme et le chondrosarcôme. Telles sont les tumeurs réputées unanimement les plus malignes, c'est-à-dire les plus sujettes à la récurrence et à la généralisation et par conséquent les plus rebelles au traitement chirurgical. C'est d'elles que nous nous

occuperons spécialement à l'exclusion d'autres productions néoplasiques morbides, telles que le lymphadénôme qui se rapproche beaucoup du groupe des cancers par sa symptomatologie, mais que l'anatomie pathologique nous en fait distraire d'une façon absolue.

La proportion relative par ordre de fréquence indiquée par les récentes statistiques de M. le professeur agrégé Etienne pour chaque espèce de tumeur est la suivante :

Tumeurs malignes.

Carcinômes, 47 cas, c'est-à-dire 21,86 pour 100.

Epithéliômes, 35 id. 19,72 id.

Tumeurs du groupe intermédiaire.

Sarcômes, 27 cas, c'est-à-dire 15,30 pour 100, parmi lesquels :

Sarcômes mélaniques, 3 cas, c'est-à-dire 12 pour 100 ;

Ostéosarcôme, 1 cas, c'est-à-dire 4 pour 100.

Pour mieux faire ressortir les obstacles que rencontre une définition qui pour répondre pleinement à son but doit être universelle, nous développerons quelques considérations très générales sur la malignité relative des cancers appréciée par comparaison. Il ne sera donc pas hors de circonstance de faire remarquer que si nous étudions l'un après l'autre plusieurs exemples de tumeurs malignes en ayant soin de les choisir de structure identique et de les observer en un même lieu d'élection, nous serons surpris de constater qu'elles affecteront une marche clinique et une gravité notablement différentes suivant la constitution propre de

chaque malade, le milieu dans lequel il se meut, sa profession, ses habitudes et son genre de vie. Ces divergences s'accroissent encore bien davantage et s'éloignent de plus en plus du type classique du cancer lorsque l'on vient à comparer uniquement sous le rapport des symptômes les diverses variétés anatomiques que Velpeau confondait autrefois dans une même catégorie. Par exemple il n'est pas rare de voir des épithéliômes siégeant aux joues, au front et au nez demeurer stationnaires pendant de longues années sans inquiéter le sujet qui en est porteur. Disons à ce propos que la confusion de l'adénôme sudoripare avec l'épithéliôme a fait admettre trop facilement la fréquence et surtout la multiplicité de ce dernier. Au contraire le même épithéliôme prenant naissance sur le col de l'utérus se développera très rapidement et amènera en moins de quatre ans la mort de la malade. Les épithéliômes à cellules cylindriques possèdent une puissance de vitalité qui ne le cède en rien au point de vue de la promptitude de la récurrence et de la fréquence de la généralisation aux formes les plus pernicieuses du carcinôme. S. W. Gross, de Philadelphie, a cité un cancer encéphaloïde de l'omoplate, ayant accompli son évolution entière, y compris la phase de généralisation en huit semaines. Broca et Birkett ont rapporté tous deux plusieurs exemples de carcinômes encéphaloïdes d'une durée totale de trois à quatre mois seulement. Pour apprécier justement le degré de malignité de pareilles tumeurs, nous devons donc tenir un grand compte de leur siège ainsi que de l'espèce histologique à laquelle elles appartiennent. Une définition purement clinique des

tumeurs malignes semblerait par conséquent devoir nous faire ranger parmi les cancers vrais les épithéliômes des lèvres et de l'utérus et en séparer les épithéliômes cutanés des joues, du nez et du front quoiqu'ils présentent tous une même texture.

Si nous passons en revue le genre des sarcômes, nous aurons occasion de retomber dans les mêmes errements et d'aboutir à une distinction tout aussi arbitraire. Les sarcômes en effet sont susceptibles de revêtir une gravité extrêmement variable d'après leur localisation et leur affinité anatomique. Ainsi certaines formes d'épulis ne se reproduisent plus lorsqu'elles ont été extirpées en totalité. Les tumeurs sous-onguéales peuvent, il est vrai, récidiver après une première ablation, mais elles n'ont aucune tendance à s'étendre et ne se propagent ni aux ganglions lymphatiques ni aux organes éloignés. Au contraire les sarcômes médullaires se développent avec une très grande rapidité et se généralisent souvent au foie et aux poumons par des noyaux secondaires. Cependant ces tumeurs si dissemblables par leur évolution sont identiques de structure et forment une même famille naturelle. Enfin si la récurrence et la généralisation sont les deux qualités cliniques fondamentales des tumeurs de mauvaise nature, elle sont loin d'être leur apanage exclusif.

L'assimilation aux cancers proprement dits de tous les néoplasmes jouissant de la propriété de récidiver sur place ou à distance et de se propager par l'intermédiaire des voies lymphatiques nous entraînerait en outre à faire rentrer dans la classe des tumeurs malignes les lymphadénômes, les ostéômes et les chon-

drômes, au moins les chondrômes constitués entièrement par du cartilage hyalin.

Pour terminer ce premier chapitre sur la signification exacte du mot tumeurs malignes considéré comme devant embrasser tous leurs caractères généraux, nous concluons avec M. Terrier qu'une définition précise et complète, c'est-à-dire comprenant l'universalité de leurs symptômes morbides et les éléments distinctifs de leur constitution histologique est encore à trouver, de même qu'une classification rationnelle satisfaisant les anatomo-pathologistes et les praticiens reste toujours à établir.

II

Origine épithéliale et nature parasitaire des tumeurs malignes.

Les vieux maîtres de la pathologie humaine, parmi lesquels nous devons mentionner spécialement Celse, Fabrice d'Aquapendente et Ambroise Paré, nous ont tracé des tumeurs malignes qui nous arrêtent des tableaux fort exacts pour l'époque où ils ont été composés et les ont accompagnés de commentaires thérapeutiques qui dénotent chez leurs auteurs un grand sens clinique. Mais frappés avant tout par leur gravité et leur marche funeste, nos illustres devanciers n'ont accordé qu'une attention distraite à leurs propriétés anatomiques. Pendant plus de deux cents ans la connaissance de ces produits morbides ne fit presque aucun progrès. Au dix-huitième siècle nous trouvons à la vérité quelques travaux estimables enfantés principalement sous l'inspiration de l'ancienne académie de chirurgie et quelques recherches de valeur dues surtout à la sagacité de Ledran et de Louis. Cependant l'examen méthodique et approfondi de la constitution intime du cancer passa à peu près constamment à l'arrière-plan. Aussi faut-il arriver jusqu'au commencement de notre siècle pour rencontrer les premiers essais sérieux d'étude des tumeurs malignes en elles-mêmes. Les descriptions de Bayle et de Laennec suivies bientôt des dissertations magistrales de Cruveilhier, d'Andral et de Velpeau, d'après des observations

faites simplement à l'œil nu et sans le secours d'aucun instrument amplifiant jetèrent les bases de l'anatomie pathologique de ces productions accidentelles.

Laennec fit rentrer le cancer parmi les tissus qui n'ont pas leurs homologues dans l'organisme sain et il en distingua deux grandes variétés : le squirrhe et l'encéphaloïde. Mais tout en leur reconnaissant des caractères nettement tranchés, il admettait néanmoins qu'ils se rattachent l'un à l'autre par des relations étroites.

A la suite de Laennec on chercha à surprendre les tumeurs malignes dans les points où elles établissent leur siège de prédilection et en même temps on s'efforça de découvrir leur mode de propagation à toute l'économie.

Bayle et Cayol tentèrent d'assigner une ligne de démarcation entre les cancers de la peau et ceux des organes viscéraux.

Astley Cooper, Cruveilhier et Velpeau précisèrent les différences capitales, tant anatomiques que symptomatiques, qui séparent le cancer de la mamelle des tumeurs purement inflammatoires ou kystiques de cette glande.

En 1827, Cruveilhier signala l'existence du suc cancéreux qui circule également dans le squirrhe et dans l'encéphaloïde et que l'on regarda longtemps comme le signe physique le plus certain du cancer. Mais on s'aperçut que des tumeurs de nature toute différente, particulièrement les sarcômes et les ganglions lymphatiques hypertrophiés, donnaient naissance à un suintement analogue. D'un autre côté l'absence de ce suc laiteux dans les tumeurs colloïdes avait poussé

Cruveilhier à distinguer ces dernières des cancers proprement dits et à en faire une famille à part sous le nom de dégénérations gélatiniformes. Il est démontré aujourd'hui que les néoplasmes ainsi décrits se confondent, soit avec les sarcômes, soit avec les carcinômes, soit enfin avec certaines formes d'épithéliômes. Cruveilhier établit quatre espèces de tumeurs malignes : le squirrhe ou cancer dur, l'encéphaloïde ou cancer mou, l'épithéliôme ou cancer fragile et le mélanique ou cancer noir.

Lebert, malheureusement guidé par les idées générales de Laennec sur la nature hétéroplasique du cancer, crut pouvoir affirmer l'existence constante d'un élément morbide spécifique, la cellule cancéreuse, dans toutes les tumeurs malignes, à quelque variété qu'elles appartiennent. En outre il divisa les tumeurs en deux classes : tumeurs homœomorphes et tumeurs hétéromorphes selon qu'elles renferment ou non des éléments identiques aux éléments normaux de l'organisme. Sa théorie était d'une grande simplicité : les tumeurs homœomorphes parmi lesquelles il rangeait les épithéliômes, les chondrômes et les tumeurs fibroplastiques que nous appelons aujourd'hui sarcômes, étaient par nature essentiellement bénignes parce qu'elles reproduisaient des types cellulaires normaux. Au contraire, les tumeurs hétéromorphes constituées par des éléments étrangers à l'économie, principalement par la cellule cancéreuse considérée à tort comme spécifique, étaient de nature foncièrement maligne et donnaient lieu constamment à la récidive et à la généralisation. Cette hypothèse satisfaisait l'esprit, mais fondée uniquement sur des

vues théoriques, elle ne fut pas longtemps sans se trouver en présence de nombreux faits cliniques qui la ruinèrent de fond en comble. Des tumeurs qu'elle avait dénommées homœomorphes et par conséquent déclarées bénignes, se montrèrent aussi rebelles à l'intervention opératoire et aussi promptes à la généralisation que les tumeurs dites hétéromorphes. Velpeau acheva de battre en brèche cette doctrine en apportant des cas irrécusables de récurrence et de généralisation observés à propos de tumeurs faussement prétendues bénignes. En même temps, Virchow contestait la spécificité de la cellule cancéreuse et démontrait qu'il est impossible de la distinguer de certaines cellules qui existent à l'état normal sur la muqueuse des uretères.

Muller énonça le premier sous une forme concise cette proposition qui d'ailleurs avait été entrevue avant lui, le prototype originel du tissu élémentaire constitutif d'une tumeur maligne est représenté fidèlement dans un tissu normal de l'économie considéré soit à l'état embryonnaire, soit à l'état de parfait développement. De cette loi sont sorties toutes les tentatives de classification naturelle des tumeurs malignes qui ont été hasardées depuis. Plusieurs années après, Virchow, poussant encore plus loin cette filiation des éléments pathologiques par rapport aux éléments sains, s'attacha à prouver que les cellules fondamentales des tumeurs de mauvaise nature procèdent d'autres cellules préexistant à l'état normal.

Ainsi, d'après la nouvelle opinion de Muller, toutes les cellules et d'une façon plus générale tous les éléments anatomiques que l'on rencontre dans les

tumeurs malignes doivent être regardés comme les homologues ou du moins comme les dérivés d'autres éléments qui se trouvent normalement dans nos tissus, soit à l'état embryonnaire, soit à l'état adulte. Ces éléments se développant en un point de l'économie et à un âge de la vie où ils ne devraient point exister, la doctrine de l'hétéromorphisme fut remplacée avantageusement par les concepts d'hétérotopie et d'hétérochronie. Partant de cette idée l'on comprenait sans peine que des tissus musculaire, fibreux, cartilagineux et osseux, naissent les tumeurs dites par analogie myômes, fibrômes, chondrômes et ostéômes. Le simple raisonnement voulait que du tissu épithélial naquît pareillement l'épithéliôme, autrement dit le cancer, cette tumeur caractérisée histologiquement par des cellules épithéliales bourgeonnant à l'infini, infiltrant les tissus ambiants et s'étendant au loin pour se généraliser, mais la production spontanée des épithéliômes était encore entourée d'obscurité. Les partisans de cette manière de voir reconnurent que les tumeurs réputées les plus graves par leurs symptômes étaient constituées par un feutrage de tissu conjonctif limitant des travées dans lesquelles sont parsemées les cellules autrefois dites cancéreuses et où circule le suc faussement prétendu cancéreux.

De ces travaux surgirent deux grandes écoles. L'une, fondée en France par Ch. Robin en 1852, fit dériver le cancer des cellules épithéliales répandues dans les divers tissus du corps humain. Robin, s'appuyant sur les recherches alors toutes récentes de Remak, prétendit qu'aux différences physiologiques que cet anatomiste avait fait remarquer entre les trois feuillets

du blastoderme correspondaient également des différences pathologiques, chacun des tissus nés de ces divers feuillets produisant des tumeurs de nature parfaitement distincte. Par exemple une tumeur née dans les éléments dépendant du feuillet moyen et évoluant d'après un modèle morphologiquement équivalent aboutira à une masse osseuse, cartilagineuse ou fibreuse, ces trois variétés de tissus pouvant se mélanger et se substituer les uns aux autres. De même une tumeur ayant pris naissance dans les éléments du feuillet externe ou du feuillet interne sera invariablement constituée par un épithélium à l'exclusion des tissus d'ordre conjonctif. En outre, suivant que cette tumeur émanera du feuillet externe ou du feuillet interne, elle revêtira un type épithélial différent que l'on pourra prévoir à coup sûr. Le cancer épithélial ne peut donc, d'après cette théorie, apparaître que dans les endroits où préexistent normalement des cellules épithéliales. C'est par cette considération que Thiersch explique la fréquence relativement grande des épithéliômes aux lèvres des sujets âgés, l'expérience nous ayant appris en effet que, chez les vieillards, le tissu conjonctif de la lèvre disparaît à peu près complètement pour laisser la prédominance aux éléments épithéliaux.

L'autre école, dont le chef fut Virchow, réserva exclusivement aux cellules plasmastiques de la trame conjonctive de nos tissus le pouvoir de se transformer en cancer. De telle sorte que, pour Virchow, s'il est vrai que le cancer proprement dit ne se rencontre que dans les organes de structure épithéliale, il ne peut se développer primitivement qu'aux dépens des cellules conjonctives de ces mêmes organes.

A chacune de ces deux écoles sont donc attachées respectivement la théorie épithéliale et la théorie conjonctive du cancer.

Sur ces entrefaites une théorie mixte, défendue d'abord par Cornil et Ranvier, puis par Labbé et Coyne en France, et par Rindfleisch, en Allemagne, admettait la possibilité pour le carcinôme de se développer dans le tissu conjonctif alors que l'épithéliôme ne pouvait prendre naissance qu'à la faveur des cellules épithéliales de l'économie, c'est-à-dire que l'on était exposé à rencontrer dans les organes épithéliaux deux variétés de cancers, l'épithéliôme provenant des cellules épithéliales, et le carcinôme des cellules conjonctives. Mais pour les adeptes de la théorie épithéliale, le carcinôme et l'épithéliôme ne sont que deux variétés d'une même formation anatomo pathologique due à la disposition du stroma conjonctif autour des corpuscules cancéreux et au mode de réaction des éléments circonvoisins.

L'opinion de Robin, après avoir été longtemps délaissée, est universellement acceptée en France et tend de plus en plus à prévaloir aujourd'hui. Cette doctrine soutenue autrefois avec beaucoup de talent par Waldeyer et par Thiersch en Allemagne, compte parmi ses représentants actuels les plus autorisés dans notre pays MM. Lancereaux, Malassez, Monod et Arthaud.

Les plus récentes recherches de M. Mathias Duval et de Kölliker en particulier ont fait voir que les phénomènes intimes de cette prolifération cellulaire étaient en réalité beaucoup plus compliqués que se le figurait Remak. M. Mathias Duval, en démontrant que

le feuillet moyen du blastoderme ne jouit pas primitivement d'une existence indépendante, mais se constitue par un dédoublement ultérieur du feuillet interne, a fait abandonner au moins en partie la doctrine de Remak. M. Malassez, qui a étudié le mécanisme de cette hypergénèse (*Archives de physiologie*, 1876), divise le développement complet de la tumeur épithéliale en trois phases principales dont chacune peut comprendre à son tour plusieurs stades ou périodes d'état. Lors donc que dans une glande l'épithélium vient à proliférer pour donner plus tard une tumeur maligne, ces différentes phases se présentent dans l'ordre suivant que nous avons cherché à résumer le plus rapidement possible. Il y a d'abord simple prolifération des cellules épithéliales qui conservent leur forme et leur dimension physiologiques et finissent par combler les culs-de-sac glandulaires tout en continuant à former un revêtement ininterrompu comme les épithéliums normaux. C'est la phase de l'épithéliôme typique. Le processus parvenu à ce stade de son évolution peut rester stationnaire et c'est ainsi que M. Malassez explique la production d'un grand nombre de kystes de l'ovaire et du testicule. Les culs-de-sac distendus par les éléments cellulaires simulent fréquemment une sorte d'hypertrophie et acquièrent un calibre cinquante ou soixante fois supérieur. A la période suivante les cellules épithéliales arrivent à constituer des massifs informes sans cavité à leur intérieur et n'atteignent bientôt plus leur état adulte. C'est alors la phase de l'épithéliôme métatypique. On peut rencontrer entre ces deux formes extrêmes tous les intermédiaires possibles. A une période plus avancée

encore, l'épithélium, qui jusqu'ici était demeuré nettement circonscrit, franchit la paroi propre de la glande et se répand en se ramifiant dans les tissus voisins, il est maintenant à l'état diffus. A ce moment intervient un autre facteur qui va prendre une part active à l'accroissement de la tumeur en voie de formation et en deviendra un élément intrinsèque. Le tissu conjonctif ambiant réagira contre l'envahissement de son territoire par l'épithélium et déterminera la production de nouveaux vaisseaux auxquels viendront se joindre des cellules embryonnaires qui évolueront de manière à parfaire soit un encéphaloïde si le tissu conjonctif est peu avancé, soit un squirrhe s'il a acquis son entier développement.

Mais comment prennent naissance les éléments cancéreux ? Le professeur Cornil (*Archives de physiologie*, 1886), a longuement observé cette activité cellulaire et a constaté sur le fait la division indirecte des noyaux en deux et trois fragments. Cette disposition trilobée du filament nucléaire est la moins fréquente. Le plus souvent les noyaux seuls subissent la segmentation par caryocinèse tandis que les cellules elles-mêmes ne laissent apercevoir aucune modification dans leur structure. Ce fait nous rend parfaitement compte de l'abondance des cellules à noyaux multiples.

Au point de vue plus particulier des tumeurs du sein, il existe une certaine communauté d'origine entre l'adénôme et le carcinôme en ce sens que tous deux prennent naissance dans les éléments glandulaires de la mamelle. Mais au lieu que dans l'adénôme il y a augmentation du nombre des lobules de la

glande, dans le carcinôme il y a simplement multiplication des cellules épithéliales qui s'étendent dans les vaisseaux lymphatiques et jusque dans les gaines conjonctives des vaisseaux sanguins. L'adénôme, quoique tumeur bénigne par essence, a cependant une assez forte tendance à récidiver localement lorsqu'il a été l'objet d'une énucléation incomplète.

Le sarcôme ne se rapproche de ces deux sortes de tumeurs si dissemblables par leur évolution clinique, ni par sa structure ni par son mode de formation. Il se développe par prolifération des cellules adventices des vaisseaux capillaires de nouvelle formation. A mesure que sa structure fibrillaire se prononce davantage, la surface externe des faisceaux devient lisse et se recouvre d'une seule couche de cellules plates qui représentent vraisemblablement l'analogue de l'endothélium des espaces lymphatiques interfasciculaires. Les cellules plasmatiques se trouvent presque toujours en quantité considérable dans les sarcômes, elles constituent l'élément type des sarcômes à grandes cellules rondes. Dans les sarcômes à petites cellules rondes, on trouve, outre les cellules fibroplastiques, des leucocytes, des cellules géantes et des éléments qui ressemblent aux corpuscules muqueux ou à certaines cellules glandulaires. Le sarcôme mélanique se forme probablement par prolifération des cellules pigmentaires qui entourent les vaisseaux du tissu fondamental. Les sarcômes ne proviennent en aucun cas de germes embryonnaires, mais toujours d'éléments arrivés à leur entier développement et doués d'une prédisposition héréditaire ou acquise en vertu de laquelle à un moment donné ils se mettent à se multiplier dans un

sens atypique. Ces tumeurs malignes consistent donc essentiellement en une hyperplasie des cellules conjonctives qui le plus souvent atteignent un volume anormal.

Relativement à la variété de cancers que Cruvelhier avait dénommée dégénération colloïde ou gélatineuse, M. Maurice Cazin a vérifié que si, dans certains cas il y a réellement une dégénérescence portant à la fois sur l'élément cellulaire et sur la charpente conjonctive, dans d'autres circonstances il s'agit, non d'une transformation muqueuse consécutive à la mort des cellules, mais d'un simple fonctionnement de ces cellules. Dans plusieurs cancers colloïdes du rectum, il a pu constater l'intégrité parfaite des cellules à contenu muqueux qui reproduisaient à peu près fidèlement la structure des cellules caliciformes de l'intestin, lesquelles avaient été le point de départ du néoplasme. Il a retrouvé, uniformément répandues dans une tumeur colloïde généralisée du péritoine, ces mêmes cellules à mucus revêtant les divers aspects que présente normalement la cellule caliciforme. En face de tels faits, on est autorisé à considérer la production de matière colloïde, comme résultant au moins dans quelques cas de l'évolution pathologique des éléments issus d'une membrane composée à l'état sain de cellules à mucus. Ces éléments transplantés conserveraient la propriété de sécréter du mucus de la même manière que les cellules des épithéliômes cutanés jouissent du pouvoir de produire la matière cornée qui existe dans les globes épidermiques.

Pour en revenir à la description du mode d'extension des tumeurs malignes, nous ajouterons qu'à

l'extrême limite, autrement dit à la phase de généralisation à l'ensemble de l'organisme, nous assistons à la formation de nombreuses embolies qui empruntent la voie du courant lymphatique ou du courant sanguin. M. Lancereaux a prouvé que les tumeurs malignes ayant pris naissance dans les glandes acineuses se généralisaient presque exclusivement par les voies lymphatiques, tandis que les néoplasmes, développés primitivement dans les glandes parenchymateuses telles que le foie et le rein, envahissaient l'économie de préférence par la voie sanguine et surtout veineuse. C'est également ce dernier chemin qu'affectionnent les éléments emboliques du sarcôme. En même temps, la tumeur progresse par dissémination du foyer primitif tout autour de sa masse et par hyperproduction continue des cellules cancéreuses qui s'insinuent dans les lacunes lymphatiques, dans les espaces conjonctifs et inondent peu à peu tous les tissus.

Terminons ce court exposé de la genèse des néoplasmes, en remarquant que le développement des tumeurs bénignes s'arrête à la phase que nous avons appelée typique. Il n'y a donc pas de différence d'origine entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Cohnheim a émis une hypothèse séduisante d'après laquelle toutes les tumeurs malignes reconnaîtraient comme point de départ un phénomène tératologique. Au moment de la différenciation des feuillets blastodermiques et de la formation embryonnaire des organes, un excès d'éléments cellulaires, provenant d'une inclusion des feuillets du blastoderme et n'ayant pas été utilisés, demeurerait momentanément inactifs et

comme engourdis. A une certaine époque de la vie, et sous l'influence d'excitations encore indéterminées, ils seraient susceptibles de reprendre leur puissance de développement et de proliférer activement. Nous assisterons de la sorte à la naissance d'une tumeur maligne qui évoluera conformément au type même de ces éléments. C'est ainsi, pour prendre un exemple qui se présente souvent dans la pratique, que Cohnheim explique la grande fréquence des enchondrômes dans le testicule et la parotide par la multiplication de cellules cartilagineuses qui auraient été entraînées dans ces organes de la notocorde et de la base du crâne par un mécanisme comparable à l'inclusion des fentes branchiales déterminant la production de kystes dermoïdes. Les points de jonction ou de contact entre deux feuillets ou deux organes, en particulier le pharynx, l'œsophage, le rectum et l'anus, constituent un lieu de prédilection pour le cancer. De même, le col de l'utérus, à l'endroit où l'épithélium pavimenteux du sinus uro-génital se soude à l'épithélium cylindrique des conduits de Muller, est très exposé à l'éclosion des tumeurs malignes. Verneuil et Reclus ont admis pareillement que l'épithéliome térébrant des maxillaires prenait naissance dans l'intimité des kystes appendus aux racines des dents et qui représentent eux-mêmes les vestiges du bourgeonnement primordial des dents, aussi bien temporaires que permanentes. M. le Professeur Gross a montré que quelques tumeurs épithéliales siégeant principalement à la pulpe de la face palmaire des doigts ne reconnaissent pas d'autre cause originelle que des greffes épidermiques se produisant dans la profondeur des

tissus à la faveur de certains traumatismes, par exemple de blessures ayant entraîné de petits lambeaux cutanés dans l'épaisseur du derme. Ces cellules ainsi réveillées tendraient à reproduire le développement primitif des tissus auxquels elles appartiennent, soit à l'état adulte, soit à la phase embryonnaire, et de ces différences résulteraient la malignité des tumeurs et leur diversité clinique. Si nous objectons que nous voyons parfois l'épithéliôme prendre naissance dans des points qui, normalement, ne renferment pas d'épithélium, Cohnheim nous répond que l'étude attentive du développement nous convaincra de la possibilité, et même de la fréquence relative de semblables inclusions fœtales entraînant la présence d'éléments épithéliaux dans des points qui, à l'état physiologique, en sont dépourvus.

Nous venons de passer en revue quelques-unes des hypothèses qui ont eu le plus de vogue à un moment donné et qui ont émis la prétention de nous rendre compte de la nature intime, de l'essence même des tumeurs malignes. Ces théories, dont quelques-unes sont fort ingénieuses, et renferment certainement une part de vérité, ont eu le grand tort de vouloir devancer la démonstration expérimentale par des arguments fondés pour la plupart, il faut l'avouer, sur des faits bien constatés, mais pris pour base d'une généralisation fautive. Aussi, n'ont-elles joui que d'un succès passager. Tous ces systèmes purement spéculatifs s'expliquent par le grand intérêt pratique que nous avons à déceler la cause encore inconnue qui fait apparaître une tumeur maligne sans motif appréciable au sein d'éléments en apparence normaux. Nous savons

comment naît le cancer et par quelles voies il s'étend, mais quelle est la raison d'être de ce développement ? C'est ce qu'il nous reste à étudier brièvement.

S'il est une affection qui, par sa physionomie clinique, sa marche, son évolution et sa tendance à infecter toute l'économie, en impose au premier abord pour une maladie bactérienne. c'est assurément le cancer. Sa nature contagieuse a été soupçonnée il y a longtemps déjà. Depuis les premières années de ce siècle nous trouvons une série d'observations bien contrôlées qui semblent prouver la possibilité de la contagion du cancer. Langenbeck, Lebert, Follin, Goujon Quinquaud et Budd ont rapporté de nombreux faits dans cet ordre d'idées. Mentionnons notamment des cas de cancer de l'utérus chez la femme et du pénis chez le mari, de cancer survenant chez des chirurgiens ayant opéré des cancéreux et chez des domestiques qui soignaient leurs maîtres atteints de cancer. On a également signalé maintes fois des exemples paraissant démontrer l'auto-inoculabilité des tumeurs malignes, cancer de l'estomac consécutif à un cancer de la langue, cancer de l'œil succédant à un cancer du dos de la main. épithéliôme de la joue se développant secondairement à un épithéliôme de la lèvre inférieure, fait observé il y a quelques années dans le service de M. le Professeur Gross. Courtin (de Bordeaux) a cité en outre le cas où un trocart, ayant servi à ponctionner la cavité péritonéale d'un malade atteint de carcinôme du mésentère, a été le véhicule de l'agent infectieux. Il faut toutefois se garder d'attribuer à ces faits une portée insuffisamment justifiée.

D'autres auteurs ont essayé d'inoculer le cancer par

différents procédés en multipliant et variant leurs expériences. Les résultats obtenus sont des plus opposés. Sans remonter jusqu'à Zacutus Lusitanus, nous citerons seulement pour mémoire les tentatives de Peyrilhe, d'Alibert, de Bielt et de Dupuytren qui, au commencement de ce siècle, inoculèrent à eux-mêmes et à des animaux des produits cancéreux d'ailleurs sans aucune conséquence bien manifeste. En 1840, Langenbeck, après avoir injecté dans les veines d'un chien une émulsion de parcelles cancéreuses, avait cru retrouver quelques semaines après, à la nécropsie de l'animal, des noyaux cancéreux dans les poumons, mais il ne put démontrer que ces nodules n'étaient pas primitifs et n'existaient pas antérieurement à l'inoculation. Huit ans plus tard, Colin injecta du suc cancéreux dans les jugulaires d'un chien et constata, au bout d'un temps suffisant, des granulations de nature incontestablement cancéreuse dans les poumons, le foie et le cœur. Follin renouvela cette tentative avec un égal succès. Cauchon, Weber, Billroth, Doutrelepon, Dubuisson, Hyvert, Léopold en 1881, Erbre en 1884 et Zahn en 1886, en présence des résultats contradictoires de leurs essais, ne purent formuler aucune assertion positive. M. Goujon semble être arrivé à un succès relatif devant lequel les conclusions négatives de P. Bert, de Verneuil et de Jeannel perdent de leur poids. En 1889, Hanau, après avoir inoculé dans le scrotum de deux rats des fragments d'un carcinôme à lobes épidermiques recueilli sur une femelle de même race, retrouva, deux mois plus tard, une grande quantité de noyaux cancéreux dans le grand épiploon et sur l'épiploon inguino-scrotal de l'un d'eux. L'autre

présenta également à la nécropsie deux tumeurs de nature cancéreuse occupant le gubernaculum testis et la queue de l'épididyme. Ces dernières tentatives paraissent, de prime abord, très démonstratives ; malheureusement les animaux, soumis à l'expérimentation, appartenaient tous trois à une même lignée, circonstance qui prête le flanc aux objections des partisans de la diathèse cancéreuse. De plus, on pourrait soutenir sans trop de désavantage, qu'il n'y a peut-être là qu'un phénomène de greffe. M. Duplay de concert avec le docteur Cazin a repris l'étude de cette question. Dans vingt-deux cas il inocula par différentes voies des produits cancéreux récents à divers animaux, mais il reconnut que les fragments en étaient invariablement résorbés en quelques jours. MM. Duplay et Cazin ont tiré de leurs expériences les déductions probables suivantes : le cancer est auto-inoculable, et il est fort à présumer qu'il n'est pas transmissible d'une espèce à une autre, ni de l'homme à l'animal.

L'idée dominante de toutes ces recherches était la croyance en la possibilité de découvrir l'élément infectieux du cancer. Ce dernier étant, par hypothèse, regardé comme existant réellement, quoique n'ayant pas jusqu'alors été pris sur le fait, il fallait en apporter la preuve palpable au moyen du microscope et des cultures dans les divers milieux appropriés. Puis la spécificité du nouvel agent morbifique ayant été bien établie, il restait à reproduire artificiellement la maladie, dont on lui attribuait gratuitement la paternité. Pour arriver à ce but, on pouvait suivre deux méthodes : entreprendre, pour le cancer, ce que Ville-

min avait réussi à mener à bien pour la tuberculose, c'est-à-dire prouver la nature infectieuse du mal avant d'en saisir le véhicule organisé, ou considérer d'emblée la nature parasitaire de la maladie comme acquise par avance, et alors créer expérimentalement et de toutes pièces l'affection de la même manière que Koch avait reproduit le tubercule. Cette diversité dans les méthodes, l'analyse et la synthèse, s'est trouvée effectivement réalisée, peut-être involontairement, par les bactériologistes. Plusieurs fois dans le cours de ces dix dernières années, la prétendue bactérie spécifique du cancer fut annoncée par des expérimentateurs plus impatients du résultat poursuivi que soucieux de perfectionner leurs moyens de travail. Nous rappellerons les communications faites presque en même temps par Rappin (de Nantes), Domingos Freire (de Rio de Janeiro) Ballance et Shattuck en Angleterre. Quelques mois plus tard, en novembre 1887, Scheurlen fit savoir à la Société de médecine de Berlin qu'il était parvenu à isoler, dans une série de dix tumeurs malignes du sein, un bacille pourvu de spores, et à le cultiver dans un liquide organique préalablement stérilisé. L'inoculation de ce bacille aux animaux déterminait, affirmait-il, la formation de noyaux cancéreux. Dans le même moment, Schill de Breslau constatait, dans les sarcômes et les carcinômes, la présence d'un diplococque, dont il voulait à son tour faire un agent spécifique. Ces conclusions hâtives furent démontrées inexacts, d'abord par Pfeiffer de Wiesbaden, qui assimila le nouveau bacille au *Proteus mirabilis* de G. Hauser, puis définitivement par Senger qui établit victorieusement que cette bactérie n'était autre qu'un

saprophyte banal répandu indifféremment dans les organes sains et dans les tissus pathologiques. Enfin, Makora de Buda-Pesth réduisit à néant les prétentions de Scheurlen, en faisant voir que les spores du bacille en question se dissolvaient dans l'éther et par suite ne pouvaient être des corps organisés.

Cependant, si une preuve directe et tangible de la nature parasitaire des tumeurs malignes n'a pu être édifiée, on a recueilli une gerbe de faits que l'on peut tenir dans leur ensemble pour une présomption en faveur de cette origine bactérienne. M. le Professeur Gross a signalé un des premiers en 1885, dans une observation qui eut un grand retentissement, le danger de septicémie aiguë pouvant résulter de l'infection du champ opératoire par les sécrétions probablement de source bactérienne provenant des tumeurs cancéreuses. Arnaudet (de Cormeilles) considère la cause déterminante du cancer comme essentiellement infectieuse et contagieuse, se fondant sur la grande fréquence des tumeurs malignes parmi les habitants de certaines localités et même de certaines maisons. Il incriminait comme causes de contamination les plus ordinaires l'eau de boisson, les habitations et les objets souillés par les malades. Guelliot (de Reims), Martin (d'Hauteville) et Fiessinger d'Oyonnax notamment, ont rapporté à ce sujet des exemples dignes d'attention. On a été plus loin, et on a soutenu que les cas de cancers seraient endémiques aux alentours de certains cours d'eau sujets à des débordements périodiques, ce que Metchnikoff (d'Odessa) a expliqué en admettant que la bactérie spécifique des tumeurs malignes subirait un certain nombre de phases dont

quelques-unes se passeraient dans les marécages. Le cancer aurait ainsi une origine palustre comme la malaria ; mais son élément morbifique serait peu diffusible et difficilement transportable.

Il est incontestable que, pour se rendre un compte exact des phénomènes histologiques et cliniques auxquels donnent lieu les tumeurs malignes, il n'est nullement nécessaire de supposer l'existence préalable d'une bactérie. Qu'un bacille introduit dans nos tissus y détermine une irritation locale se traduisant par une prolifération des cellules, ce fait est d'une constatation journalière ; mais, pour le cas particulier, il serait à peu près impossible d'indiquer la voie par laquelle s'est faite la pénétration. Pourquoi d'ailleurs, puisque cette bactérie envahit toute l'économie, n'exerce-t-elle son action que sur certains organes, presque constamment les mêmes ? Il faudrait alors admettre, de la part de ces viscères plus souvent frappés, une attraction morbide, une sorte d'action élective analogue à celle du rein pour l'urée. En outre, si l'influence du parasite sur les éléments vivants se manifeste par une activité plus grande imprimée à la nutrition et surtout à la multiplication, on ne conçoit pas comment il se ferait que les différentes cellules également excitées ne végéteraient pas chacune suivant le type auquel elle appartient pour donner naissance à des colonies de cellules filles semblables à la cellule mère. Or les tumeurs secondaires, aussi nombreuses soient-elles, reproduisent toujours les éléments du foyer initial. Nous ne pouvons comprendre ce fait que par le transport dans les vaisseaux des cellules cancéreuses qui joueraient elles-mêmes le rôle de greffes

infectieuses, ce qui, du reste, est amplement et de longtemps démontré. Les tumeurs malignes consistent foncièrement, avons-nous vu, en une suractivité cellulaire. Quant à la cause première de ce fonctionnement exagéré, elle nous échappe encore absolument.

III

De la diathèse cancéreuse. — Examen d'une hypothèse

On a cherché à distinguer parmi les causes à la faveur desquelles se développent les tumeurs malignes des causes générales et des causes locales. Les premières dites encore prédisposantes ont été regardées comme exerçant leur empire sur l'économie tout entière. Les secondes appelées indifféremment déterminantes ou particulières comprennent l'ensemble des conditions grâce auxquelles la tumeur se localise dans un organe plutôt que dans un autre, par exemple le traumatisme, l'irritation habituelle des tissus et leur état antérieur sain ou pathologique. L'examen de ces dernières causes ne rentre pas dans le cadre de cette étude.

Mais s'il existe réellement des causes générales en vertu desquelles les tumeurs malignes prendraient naissance chez certains sujets de préférence à d'autres, il est évident qu'en elles doivent se confondre nécessairement l'action du tempérament et de la constitution et le rôle néfaste des idiosyncrasies organiques. Disons tout d'abord que cette influence déterminante n'a été prouvée jusqu'ici par aucun des travaux pourtant approfondis que nous possédons sur cette importante matière. Velpeau, en effet, n'a pu déduire de sa grande expérience que cette proposition

qui est encore vraie de nos jours ; mes observations m'autorisent à affirmer que nulle constitution, nul état de santé général ou habituel ne met à l'abri des tumeurs malignes ; il n'y a pas lieu dès lors de chercher de ce côté la cause prédisposante de la maladie. La statistique pure a démontré qu'il est impossible de poser aucune règle même très approximative relativement à l'action morbide de la constitution sur le développement ultérieur du cancer. Levert ayant voulu vérifier si les tumeurs de mauvaise nature prenaient naissance la plupart du temps chez les femmes à téguments fortement pigmentés, comme on l'avait avancé, a trouvé une proportion de 20,8 pour 100 de femmes blondes parmi celles qui étaient atteintes de cancer. Ce n'est là, il est vrai, qu'un résultat isolé, mais qui tend à confirmer la conclusion de Velpeau.

Plus récemment Verneuil et Namin ont appelé l'attention sur la grande fréquence des antécédents arthritiques chez les cancéreux. Sur 43 personnes portant des néoplasmes de nature maligne, ils ont constaté chez 42 des manifestations diverses de l'arthritisme. Cette opinion d'après laquelle le cancer serait une forme particulière de la diathèse rhumatismale avait été soutenue antérieurement par Bazin et par Hardy. Partant de cette idée maîtresse, ces auteurs, rejetant la conception d'une diathèse cancéreuse spéciale pour rattacher l'étiologie des tumeurs malignes à une diathèse plus vaste, attribuent la production spontanée du cancer à un mode un peu différent que revêtirait l'herpétisme à la faveur de conditions encore mal déterminées. Ils faisaient aussi intervenir comme cause adjuvante de l'éclosion des

néoplasmes de mauvaise nature une paralysie des vaisseaux qui aurait été sous la dépendance de névrites localisées. On a effectivement constaté plusieurs fois des phénomènes d'endartérite au voisinage immédiat de la tumeur. Bazin croyait que la phase ultime de l'arthritisme se traduisait souvent par le cancer du foie et de l'utérus et Hardy prétendait que le cancer était l'aboutissant fatal des affections dartreuses. Paget, Guitrac, Pujol et tout récemment M. Lancereaux, ont adopté cette manière de voir. Pour ce dernier les tumeurs malignes se développeraient de préférence chez les individus présentant des commémoratifs arthritiques, tant héréditaires que personnels, bien nets. Par contre M. le professeur agrégé Etienne, en recherchant avec soin les antécédents pathologiques de malades cancéreux suivis dans les services de MM. les professeurs Heydenreich et Spillmann, n'a pu vérifier l'existence indubitable de manifestations rhumatismales que dans un nombre de cas relativement faible, soit exactement chez 16 pour 100 des malades observés. Signalons en passant ce fait maintes fois remarqué, mais sans aucune conséquence pour l'étiologie, de la coexistence fréquente de nombreux nævi pigmentaires avec la carcinose.

Thiersch a proposé des cancers extérieurs l'explication suivante tout à fait hypothétique : notre tégument cutané serait doué à l'état normal d'une résistance uniforme à la pression tant interne qu'externe. Cet équilibre physiologique vient-il à fléchir en un point par suite d'une diminution dans la force vitale des éléments primordiaux, ce point se trouve exposé à devenir la base d'implantation d'une tumeur maligne.

Billroth n'a fait que reproduire sous une forme encore plus vague cette vue de l'esprit en considérant la prédisposition de certains tissus pour le cancer comme résidant dans une irritabilité anormale spécifique de ces parties. L'énoncé seul de semblables théories suffit à les faire rejeter sans plus sérieux examen.

On a voulu, mais sans succès, rattacher l'étiologie des tumeurs malignes à une origine irritative, se fondant sur les analogies réelles que l'histologie a notées entre quelques néoplasmes, par exemple les épithéliômes et certaines tumeurs de nature inflammatoire. Delbet s'est fait le champion de cette idée qu'il a développée surtout au sujet des tumeurs du sein ; mais sa manière de voir n'a pas été généralement acceptée.

Plusieurs cliniciens se sont ralliés à cette hypothèse qu'en dehors de toute transmission familiale, les tumeurs malignes pourraient être la résultante de quelque prédisposition diathésique ou une affection engendrée par un état général défectueux. Par le fait même de sa fréquence considérable la tuberculose fut étudiée dans ses rapports directs ou inverses, vrais ou supposés avec le cancer. Tandis que certains auteurs ont cru que les antécédents bacillaires, personnels ou héréditaires, comportaient une signification importante relativement au développement ultérieur possible des tumeurs malignes, d'autres au contraire ont nié cette affinité et affirmé l'existence d'un antagonisme bien évident entre la bacilliose et le cancer. Les arguments sont peu convaincants de part et d'autre. Un grand nombre de statisticiens ont, il est vrai, cité des exemples de concordance de la tuberculose et du cancer. Frerichs a vu dans le foie la coexistence de

nodules tuberculeux et de noyaux cancéreux. Dietrich par contre sur 150 cas de cancer n'a noté qu'une seule fois l'existence simultanée de la tuberculose. Broca enseigne que les sujets en puissance de bacillose ont tout autant de chances que les autres de devenir cancéreux par la suite, mais pas davantage. D'autre part C. Moore a trouvé à l'autopsie de malades morts de tumeurs malignes des lésions de nature incontestablement tuberculeuse dans la proportion moyenne de 34 pour 100. W. Cooke sur 79 cas de cancers du sein a constaté 31 fois des antécédents phthisiques héréditaires. Sibley, dans 130 cas de cancer, a compté 48 fois des traces de tuberculose et dans 20 d'entre ces cas la phthisie était apparue chez un au moins des ascendants. Une telle fréquence peut paraître considérable, mais si nous nous rappelons combien étendue est la dissémination actuelle de la tuberculose, nous ne pourrions attribuer à ces chiffres une valeur bien grande. D'ailleurs une simple coïncidence n'implique pas une relation de cause à effet. Sur un total de 7,030 individus choisis au-dessous de 40 ans, Holden a trouvé que 1,032 avaient des antécédents tuberculeux soit personnels, soit héréditaires, dont 247 pouvaient citer dans leurs ascendants au moins deux phthisiques. Parmi ces 1,032 on comptait 11 cas de tumeurs malignes et sur les 7,030 réunis seulement 99. Sur 1,000 décès imputables à différentes maladies organiques et ne fournissant que 30 cas de tumeurs malignes il n'a constaté qu'une seule fois la coexistence du cancer et de la phthisie, et une fois également il a noté des antécédents bacillaires dans la famille. Le cancer ne figurerait donc parmi les causes de mort que dans la proportion

de 3 pour 100. Breslau de Zurich est arrivé à une moyenne sensiblement correspondante. Horden estime en outre que la mortalité par le cancer comparée à celle que donne la tuberculose est dans le rapport de 1 pour 53. Les relevés récents de M. le professeur agrégé Etienne nous montrent que la proportion des cancéreux ayant dans leurs commémoratifs individuels ou familiaux des localisations tuberculeuses non équivoques est de 20 pour 100. Tel qu'il est ce dernier chiffre représente une probabilité moyenne que nous pouvons admettre pour notre pays et notre climat tempéré. Fesner a indiqué à son tour une relation entre le diabète et la production ultérieure de tumeurs malignes. Mais pour les auteurs qui considèrent ces dernières comme un des modes d'extinction de la diathèse rhumatismale le diabète lui-même ne serait qu'une simple variété de l'arthritisme.

La conclusion la plus rationnelle qui découle de ces constatations est que l'arthritisme, la tuberculose et le diabète placent l'individu qui en est affecté dans des conditions d'infériorité notoire pour résister à l'invasion d'une maladie au même titre que l'alcoolisme, le surmenage et la misère physiologique. L'organisme étant ainsi altéré dans son ensemble, un traumatisme violent ou même léger mais dans ce cas fréquemment répété, déterminera dans tel ou tel organe un point faible, un locus minoris resistentiæ qui sera plus tard un siège d'élection pour le néoplasme.

Mais en dehors de ces causes morbides, congénitales ou acquises, plusieurs auteurs ont soupçonné l'existence d'une diathèse cancéreuse générale. Elle serait inhérente à l'économie elle-même et préexisterait à

toute manifestation première de la tumeur maligne. Broca, qui admettait la réalité des diathèses en tant que causes prédisposantes, reconnaissait cependant que « ce sont toujours des êtres de raison, car elles ne se révèlent par aucun symptôme propre avant l'apparition de la tumeur primitive. On ne les invoque que pour les besoins de la théorie parce qu'il est impossible d'expliquer autrement la marche des phénomènes qu'on leur attribue et leur nom prouve bien qu'on les considère plutôt comme des prédispositions que comme des maladies ». De cette définition il ressort que Broca envisageait la diathèse comme une tare particulière de l'économie par le fait de laquelle l'état général était directement soumis à l'influence de telle ou telle prédestination morbide. Pour Broca il y aurait eu, au point de vue seul de la prédisposition néoplasique, une diathèse générale dont le retentissement se serait fait sentir sur tout l'organisme et dont l'action débilitante se serait répandue particulièrement dans les liquides du corps humain et une diathèse partielle limitée à un seul système anatomique. D'après cette opinion, certains appareils, à l'exclusion d'autres, pourraient devenir le siège de tumeurs malignes, tandis que dans des conditions différentes la maladie affecterait plusieurs organes simultanément. Virchow s'est contenté de renouveler cette conception sous une autre forme quand il a cru expliquer par une idiosyncrasie prédisposante l'évolution du cancer. Certaines variétés de tumeurs malignes ne peuvent être dues d'après lui qu'à une altération dyscrasique du sang et en effet, Andral avait précédemment constaté que chez les cancéreux la proportion des globules

rouges du sang tombe dans le rapport énorme de 127 à 21. Mais la théorie de Broca prise dans toute sa rigueur amenait à cette conclusion paradoxale que des tumeurs de même nature, par exemple des sarcomes ou des enchondrômes, relevaient tantôt de la diathèse générale, tantôt de la diathèse partielle, selon qu'elles étaient sujettes ou non à la récidue.

Verneuil chercha à faire disparaître ces contradictions par une analyse plus rigoureuse des faits et par une interprétation plus conforme aux données de l'observation. Dans cette vue il émit une autre hypothèse, celle de la diathèse néoplasique spéciale à laquelle il rattacha étroitement l'hérédité. Avant tout il établit la filiation directe de cette diathèse par rapport à l'arthritisme, puis montre comment la pluralité des tumeurs bénignes par exemple des chondrômes multiples chez certains sujets et des tumeurs malignes par exemple des sarcômes mélaniques chez d'autres a pu faire croire à la réalité de deux diathèses opposées : la diathèse partielle se trahissant par des tumeurs exclusivement locales et ne récidivant pas et la diathèse totale aboutissant à l'éclosion de tumeurs susceptibles de récidiver et de se généraliser. Mais étant donné que des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes peuvent se rencontrer chez un même individu et que d'autre part une tumeur bénigne peut subir la dégénérescence maligne, il en déduit qu'il ne saurait y avoir qu'une diathèse néoplasique unique.

A l'appui de cette manière de systématiser les faits, Verneuil apporte comme argument principal l'hérédité des tumeurs malignes, c'est-à-dire l'apparition parmi les membres d'une même famille et plus particulière-

ment dans plusieurs générations successives, d'un nombre de néoplasmes trop considérable pour pouvoir être mis sur le compte d'une coïncidence simplement fortuite. Cette circonstance n'entraîne pas nécessairement par elle-même l'existence d'une prédestination diathésique spéciale. La présence chez une même personne d'un certain nombre de tumeurs de même structure, soit bénignes, soit malignes, ne comporte pas plus chez elle la probabilité d'une diathèse néoplasique que la concordance chez une autre personne de plusieurs vices de développement, tels que polydactylie, pied bot congénital et bec de lièvre, ne prouve chez cette dernière la réalité d'une diathèse malformatrice. Broca avait, lui aussi, fait jouer un rôle important à l'hérédité dans l'étiologie des tumeurs malignes, mais il avait ajouté, à la suite de Walshe, cette restriction capitale que cette influence déterminante ne devait pas être invoquée dogmatiquement et indifféremment pour tous les cas. De plus il faisait remarquer très justement qu'une prédisposition morbide congénitale est loin d'être par là même toujours héréditaire. Presque tous les cliniciens qui nous ont légué des travaux sur les tumeurs malignes ont pu citer des exemples tendant à établir la certitude de l'hérédité : mais il serait téméraire de vouloir préciser mathématiquement la proportion dans laquelle la transmission familiale est capable de multiplier les chances naturelles de production du cancer. Paget, Lebert, Sibley, Nunn, Lanson et C. Moore, ont rapporté de nombreux faits de cancers observés parmi les membres de trois générations consécutives. Nous nous bornerons à reproduire les deux exemples les plus

frappants. Dans le premier, recueilli par Warren, nous voyons un père de famille mourir d'un cancer de la lèvre, son fils meurt d'un cancer du sein, deux sœurs de ce dernier sont également affectées d'un cancer du sein, la fille de l'une d'elles porte à la fois un cancer du sein et un cancer de l'utérus; enfin la fille du frère meurt comme son père d'un cancer du sein. Dans le second, Broca nous montre l'influence héréditaire se faisant sentir parmi trois générations issues d'une mère morte d'un cancer du sein. Sur 26 descendants, 15 furent atteints de cancer. Il y eut dans cette seule famille et en moins de 70 ans, 16 cas de morts par tumeurs malignes. Les statistiques s'accordent assez bien sur la proportion suivant laquelle la transmission héréditaire a été mise en cause. Nous réunissons dans le tableau ci-dessous les principales données.

	Nombre de cas	Hérédité notée	Pour 100
Lebert.....	102	14	13,7
Combes	256	25	9,7
Végue	106	20	18,8
Paget	160	26	15,8
Sibley	305	34	11,1
West	49	8	16,6

Ces chiffres comparés entre eux nous fournissent une moyenne de 13 pour 100.

M. le professeur agrégé Etienne, en ne tenant compte que des observations présentant des garanties suffisantes de précision, relève l'hérédité néoplasique dans la proportion de 10 pour 100 pour les tumeurs malignes proprement dites, tant épithéliômes que carcinômes. Il est remarquable que sur 27 cas de

sarcômes, l'hérédité n'a pu être constatée qu'une seule fois. En revanche Le Clerc (thèse de Paris, 1883) note l'hérédité dans le rapport de 23 pour 100 et Buttlin indique jusqu'à 33 pour 100. Ainsi donc l'hérédité ne s'observe que dans une faible minorité de faits.

Mais une conséquence plus intéressante ressort de ces recherches. Elles nous démontrent en effet que les tumeurs malignes, lorsqu'elles sont héréditaires, apparaissent chez les descendants à un âge beaucoup moins avancé que dans les cas où elles atteignent des sujets dont les parents sont indemnes de tout néoplasme de mauvaise nature. Ainsi pour 101 décès à propos desquels il a pu avec certitude enregistrer au moins un cancer dans la famille, soit du côté paternel, soit du côté maternel, C. Moore a trouvé que l'époque de la manifestation première du cancer se répartit comme il suit :

Dans la première année de l'existence...	26 fois.
Dans la deuxième	id. 11 id.
Dans la troisième	id. 19 id.
Dans la quatrième	id. 13 id.

Ce qui revient à dire que 69 fois sur 101, l'apparition de la tumeur maligne a eu lieu au dessous de l'âge de 5 ans et que dans tous les autres cas elle s'est faite entre 5 et 21 ans.

Il se passerait pour le cancer quelque chose d'analogue à ce qui a été reconnu depuis longtemps pour la phtisie, c'est-à-dire que, quand il y a hérédité, la maladie se déclarerait le plus ordinairement dans la jeunesse, sinon même dans l'enfance. Toutes proportions gardées, l'hérédité jouerait cependant dans le

cancer un rôle prédisposant beaucoup moins manifeste que dans la tuberculose. En effet, Cottin, sur 1,000 cas de phthisie, a pu établir nettement l'hérédité 367 fois.

A cette remarque on pourrait objecter pour combler au moins en partie une telle différence que les tumeurs malignes étant dans l'immense majorité des cas une affection propre à l'âge mûr, les enfants sont le plus souvent conçus et mis au monde avant la première éclosion du foyer primitif et par le fait préservés de toute influence familiale néfaste. Mais il n'en demeure pas moins vrai qu'il serait instructif de connaître l'âge des parents à l'époque de la procréation des enfants qui sont devenus cancéreux plus tard et de la sorte être à même de comparer les âges respectifs des ascendants et des descendants au moment de la première manifestation morbide. Un tel fait aurait une très grande portée pratique s'il venait à être vérifié par un nombre respectable de cliniciens autorisés. Au point de vue de l'hérédité, Virchow croyait à la transmission de la prédisposition seule et non de l'affection à l'encontre de Broca qui admettait comme possible parfois la transmissibilité de la maladie elle-même puisque dans son hypothèse cette dernière est sous l'empire d'une diathèse toujours congénitale.

Ces investigations ont encore mis en relief un phénomène qui mérite intérêt, c'est que dans le type familial, l'hérédité frappe souvent des frères et des sœurs à des périodes de la vie fort peu différentes et de plus se localise fréquemment sur un même organe. Il y a quelques années a succombé dans le service de M. le professeur Spillmann un individu atteint d'un

cancer de l'œsophage et dont le frère aîné avait été également attaqué sensiblement au même âge d'un néoplasme malin de cet organe. Dans une enquête minutieuse portant exclusivement sur des cas de tumeurs malignes, M. le professeur agrégé Etienne n'a pu relever une pareille concordance que dans la proportion de 12,5 pour 100, soit exactement une fois sur huit.

Puig dans sa thèse précédemment citée tire de plusieurs observations analogues des conclusions peut-être trop générales et prétend que lorsqu'il y a hérédité néoplasique dans une famille, le cancer qui est presque invariablement de même nature, siège pour ainsi dire toujours dans le même organe et se montre à des âges peu différents. Il s'appuie pour étayer cette assertion sur les exemples typiques de Broca et de Warren que nous avons mentionnés plus haut. Dans le but de fortifier encore davantage sa théorie, il va jusqu'à admettre que dans certaines circonstances la diathèse, bien qu'existant réellement, peut demeurer toute la vie à l'état latent sans donner lieu à la moindre apparition de l'activité cellulaire et par suite passe tout à fait inaperçue. Il suffit pour cela que l'excitation indispensable à la mise en jeu de la prolifération des éléments épithéliaux ne se montre pas ou du moins ne se manifeste pas avec un degré suffisant d'intensité et de durée.

Appréciées sous le rapport de leurs résultats éloignés les opérations dirigées contre les tumeurs malignes aussi bien primitives que récidivantes, paraissent ne devoir donner, dans le cas d'hérédité notoire, qu'une proportion infime de guérisons de longue durée.

En somme, les différentes opinions émises pour expliquer le développement naturel des néoplasmes malins peuvent se ranger sous l'un des chefs suivants : théorie nerveuse soutenue par van der Kolk, de Lang et de Snow; théorie de la spontanéité par Rindfleisch, Stricker, Nancrède et Payne; théorie dyscrasique par Rokitansky, Paget, Billroth et Simon; théorie de l'herpétisme par Bazin et Hardy; théorie de la dualité des diathèses par Broca; théorie inflammatoire par Virchow, Hirschfeld, Delbet, Cornil et Ranvier, enfin théorie de l'arthritisme par Verneuil.

De cette ample moisson de faits, nous croyons pouvoir inférer que la diathèse cancéreuse primitive considérée en tant que cause essentielle et prédisposante des tumeurs malignes ne saurait exister objectivement parlant. Les recherches les plus récentes sur la dissémination des éléments cancéreux nous autorisent à la regarder au contraire comme purement secondaire à l'éclosion spontanée du foyer initial. Si l'on veut conserver dans la science l'appellation de diathèse, ce terme ne pourra plus désormais être maintenu que pour signifier l'imprégnation de toute l'économie et spécialement des humeurs organiques par les produits infectieux. La diathèse ainsi comprise se confondrait avec la période de généralisation et de cachexie comme il arrive dans la tuberculose.

IV

De la curabilité des tumeurs malignes en général

La guérison des tumeurs malignes par les seules forces de la nature est tellement exceptionnelle, si tant est même qu'elle existe, que l'on peut à bon droit la mettre en doute. Broca en a cité quelques exemples dans lesquels ce singulier phénomène s'était produit à la faveur d'une gangrène spontanée du néoplasme. Plus récemment Trélat a eu la bonne fortune d'assister en 1880, à l'hôpital de la Charité, à l'élimination par suite de gangrène sèche d'une tumeur du mollet que l'examen histologique pratiqué par MM. Remy et Déjerine au laboratoire des cliniques a démontré être un épithéliôme calcifié. Mais, outre que de pareils faits sont fort rares, la nature cancéreuse de l'affection est loin d'avoir été toujours établie d'une façon suffisamment précise. Aussi pouvons-nous avec tous les auteurs considérer le pronostic des tumeurs malignes abandonnées à elles-mêmes comme extrêmement grave et constamment fatal à brève échéance.

Jusqu'au commencement de notre siècle, malgré les tentatives hardies de quelques opérateurs brillants et parfois heureux, les tumeurs malignes furent à peu près universellement regardées comme au-dessus de la portée des ressources de l'art. Peu à peu une opinion plus conforme à la réalité se dessina et

finit par prévaloir. On s'habitua, guidé par l'observation attentive des phénomènes morbides, à reconnaître de profondes différences parmi les espèces qui composent le groupe de ces productions accidentelles et l'on ne tarda pas à s'apercevoir que grâce à certaines conditions de précocité et d'étendue, l'extirpation conduisait à des résultats peut-être soupçonnés, mais non encore obtenus. Les maîtres de la chirurgie française au XIX^e siècle, Dupuytren, Cuveilhier, Laennec et leurs successeurs, Velpeau, Lebert, Vidal (de Cassis) Jobert (de Lamballe), Broca et Heurtaux affirmèrent les premiers que les tumeurs malignes n'étaient point par nature nécessairement incurables et ne puisaient pas leurs éléments constitutifs dans une décomposition préalable du sang, comme on l'avait cru jusqu'alors. Ils prouvèrent par l'expérience, c'est-à-dire par des succès de longue durée, que le cancer était justiciable d'une intervention énergique et prématurée. Les recherches plus modernes sur la dissémination des tumeurs malignes et sur leur mode de propagation à l'appareil lymphatique et aux organes éloignés n'ont fait que confirmer cette manière d'envisager le mécanisme intime de la pullulation des cellules et de la généralisation à toute l'économie. Un grand pas avait été franchi ; cependant jusque vers 1850, les faits dans lesquels on voyait une tumeur maligne, après une ou plusieurs ablations, demeurer un certain nombre d'années sans donner lieu à la récurrence locale ou à l'infection généralisée, étaient considérés comme de rares exceptions qui semblaient devoir rester le privilège exclusif de quelques malades favorablement prédisposés. Les statistiques de Paget, de Sibley, de

West et de C. Moore pour l'Angleterre, celles de Breslau pour le canton de Zurich et de Marc d'Espine pour le canton de Genève, tendent à faire admettre que la proportion de ces cas heureux demeurera toujours presque infinitésimale par rapport au grand nombre de ceux qui se terminent par la généralisation et la mort. Mais avec les progrès de l'anatomie pathologique et sous le couvert de l'antisepsie, la chirurgie contemporaine, plus assurée dans la voie à suivre, est parvenue à triompher du développement du cancer et à couper ses voies d'extension. Aussi serons-nous en droit d'énoncer la proposition suivante sans craindre de soulever aujourd'hui aucune contradiction : les tumeurs malignes opérées de bonne heure peuvent ne pas récidiver au tout au moins la récurrence peut n'apparaître qu'après un intervalle de plusieurs années, ce qui constitue un bénéfice réel pour le sujet qui en est porteur et un temps d'arrêt très appréciable dans la marche envahissante de la maladie. Ces résultats avantageux, loin d'être une exception, deviennent au contraire de jour en jour plus nombreux et quelques-uns ont été acquis à la suite d'opérations pratiquées dans des conjonctures que tous les chirurgiens regardent comme excessivement critiques.

Dans ce chapitre nous aurons donc à poser ce principe, en nous appuyant sur des autorités incontestées, que la guérison définitive des tumeurs malignes par l'extirpation est possible et a été obtenue effectivement dans un assez grand nombre de circonstances. Chemin faisant, nous aurons occasion de nous expliquer sur ce qu'il faut entendre par une guérison définitive. Nous indiquerons ensuite, d'après les auteurs

les plus compétents, suivant quelle proportion la guérison radicale a été atteinte. Enfin pour ne laisser subsister aucun doute sur les diverses conditions dont la réunion complète est absolument indispensable pour forcer le succès, nous examinerons à quelles exigences notre intervention devra satisfaire pour avoir les plus sérieuses chances de pleine réussite.

Dès 1854 l'Académie de médecine aborda la discussion de la curabilité plus ou moins définitive des tumeurs malignes. Parmi les éminents chirurgiens qui prirent part à ce débat qui passionna alors le public médical, Barth et Velpeau se firent remarquer entre tous par la vigueur de l'argumentation et le parti qu'ils surent habilement tirer des faits apportés. Barth tout en admettant que le cancer est peut-être plus difficilement curable encore que la phtisie était loin de le considérer comme nécessairement fatal, notamment dans tous les cas où l'on cherche à lui opposer une intervention précoce et hardiment dirigée. Il pensait que l'idée préconçue de l'incurabilité des tumeurs malignes était erronée, au point de vue purement théorique, parce qu'elle reposait sur une hypothèse très contestable, l'existence d'une diathèse. En outre, il tenait une telle opinion pour éminemment funeste, dans le domaine de la pratique, aux progrès de la science et au bien de l'humanité parce qu'elle était de nature à décourager les malades et les chirurgiens. D'ailleurs, ajoutait-il, pour ceux mêmes qui croiraient encore à la réalité de la diathèse cancéreuse, l'opération faite à temps aura toujours le précieux avantage d'enrayer pour une période d'une durée notable la marche de l'affection, si elle ne peut rien contre la

diathèse elle-même. Dans cet ordre d'idées il comparait volontiers l'ablation d'une tumeur maligne à la guérison d'un foyer purulent par la ponction suivie de l'injection iodée. Enlever un néoplasme cancéreux équivaldrait pour lui à tarir la source qui répand dans toutes les humeurs organiques les éléments infectieux.

A l'appui de la manière de voir de Barth, Velpeau apporta des résultats positifs que lui avait donnés le traitement des tumeurs de mauvaise nature par la méthode opératoire. Son collègue Robert, ayant avancé que la guérison prolongée des tumeurs malignes prises en bloc et spécialement de la variété encéphaloïde était une rareté, à supposer même qu'elle fût bien démontrée, Velpeau en référa aux succès durables qu'il avait obtenus dans sa pratique et signalés tout nouvellement alors dans son traité des maladies du sein. Son adversaire, comparant sa statistique aux relevés beaucoup moins satisfaisants d'autres opérateurs, insinua que quelques erreurs de diagnostic pouvaient avoir surchargé dans un sens favorable le chiffre des guérisons admises comme de longue durée. Pour juger sainement l'affaire en litige, Velpeau établit des degrés dans la rapidité avec laquelle reparaissent les tumeurs malignes lorsqu'elles ont été incomplètement extirpées une première fois. Il distingua parmi les cancers ceux qui, enlevés par une première opération, récidivent d'une façon à peu près inévitable, ceux qui récidivent souvent, ceux qui ne se reproduisent que quelquefois et enfin ceux qui ne reviennent que rarement. Comme exemple, il put citer trois cas de cancers encéphaloïdes du sein qu'il avait opérés de 1836 à 1841 dans son service à l'hôpital de la Charité et

dont deux étaient relatifs à des récidives ; la maladie n'avait pas encore reparu jusqu'en 1854.

La question du traitement chirurgical des tumeurs malignes a occupé une large place dans l'ordre du jour du dixième Congrès des cliniciens allemands en 1882. Esmarch y a posé les termes d'un certain nombre de problèmes pour la solution desquels plusieurs praticiens de talent ont apporté les résultats statistiques de leurs opérations. Voici quelles furent, au point de vue spécial qui nous intéresse, les demandes proposées et l'opinion motivée de Landsberger qui a consulté pour y répondre les travaux de Winiwarter, de Henry, d'Oldek, de Sprengel, de Kæser et de Fischer :

Quel résultat avons-nous à attendre du traitement des tumeurs malignes par le bistouri ?

Quelle influence exercent sur le résultat définitif le stade auquel on opère, qu'il s'agisse d'une tumeur primitive ou d'une récidive, la dégénérescence secondaire des ganglions lymphatiques et la méthode opératoire employée, extirpation totale de l'organe malade ou amputation dans les parties saines avec enlèvement simultané de la peau sus-jacente ?

Quels résultats donne le traitement des tumeurs malignes par les caustiques ou par le râclage suivi de l'application du fer rouge ?

Pouvons-nous obtenir des caustiques qui détruisent les éléments du néoplasme sans attaquer les tissus indemnes ?

L'intervention opératoire prolonge-t-elle ou raccourcit-elle la durée de la survie des malades ?

Les auteurs qui se sont occupés de résoudre ces

importantes questions ont pris pour type de tumeur maligne par excellence la variété du carcinôme. Il nous a malheureusement été impossible de nous procurer en son entier le tableau détaillé des résultats numériques fournis par cette sorte d'enquête encore incomplète et nous regrettons vivement de n'en avoir eu connaissance qu'indirectement et de seconde main. Aussi ne pourrons-nous faire mieux que de citer quelques chiffres isolés au lieu de reproduire des conclusions autorisés. La plupart de ces chirurgiens ont eu en vue presque exclusivement le carcinôme du sein et se sont surtout attachés à mettre en lumière les résultats éloignés des opérations précoces sans négliger cependant de montrer par la comparaison des cas opérés et des cas non opérés l'heureuse influence de l'intervention. Il appert de leurs statistiques que la guérison radicale des tumeurs malignes par l'extirpation est non seulement possible, mais a été obtenue dans une proportion de faits variant de 5 à 12 pour 100. Les opérations dirigées contre le cancer, prises dans leur ensemble, ont donné à Billroth dans une statistique strictement personnelle 23 cures définitives pour 100. Sur 29 cas de tumeurs malignes dont il a fait l'ablation et qui se décomposent en 5 cancers du pharynx, 14 de la langue et 10 du rectum, Kocher a eu 4 morts consécutives à l'intervention, soit 3 par septicémie et une par hémorragie. Des 25 autres malades opérés, 9 ont pu être tenus pour radicalement guéris.

Mais empressons-nous de dire que l'on est convenu de considérer comme une guérison définitivement acquise l'absence de toute récurrence se maintenant pendant au moins trois années révolues à dater du jour

de l'opération. Plus sévère que les chirurgiens allemands, Velpeau exigeait, pour que l'on fût en droit de regarder la guérison d'une tumeur maligne comme définitivement obtenue, un délai minimum de sept à huit ans. Paget réclamait une période de dix années sans récidence pour être fondé à croire à la guérison. Verneuil professait que, lorsque quinze ans après une intervention énergique un malade se représentait indemne de toute apparence de repullulation, alors seulement on pouvait le tenir pour parfaitement guéri. D'autres chirurgiens se sont montrés plus indulgents. D'après Kocher, tout opéré qui ne porte point encore de récidence un an après l'extirpation peut être considéré comme radicalement guéri. Tel est aussi l'avis de Billroth.

Par contre, M. Desprès estime que les tumeurs malignes ne guérissent jamais définitivement et que les prétendues cures radicales que nous obtenons de temps à autre ne sont que des moments d'accalmie purement temporaire mais d'autant plus durable que nous opérons plus tôt et plus largement. En outre il explique par des erreurs dans le diagnostic le plus grand nombre des guérisons permanentes et n'a pas hésité notamment, à affirmer que toutes les femmes amputées du col utérin soi-disant pour tumeurs malignes et qui ont survécu plus de quatre ans n'étaient pas réellement atteintes d'une affection cancéreuse. L'examen histologique pour lui n'offre pas de garanties suffisantes, il induit souvent en erreur et M. Desprès ne veut pas de meilleure preuve de cette assertion que ce fait incontestable que maintes fois des proliférations glandulaires de la muqueuse utérine compli-

quées d'inflammation chronique en ont imposé pour un épithéliôme. M. Lucas-Championnière se rallie presque entièrement à cette opinion, il insiste à la suite de M. Desprès sur les végétations épithéliales qui prennent naissance dans les glandes du col de l'utérus et que le microscope est impuissant à différencier des cancers vrais. Il admet donc que bien fréquemment les cas de survie extraordinaire ne sont en réalité que le fruit d'observations erronées.

Sans doute il serait téméraire de prétendre qu'une guérison puisse en aucun cas être assurée pour le reste de l'existence. D'ailleurs que le résultat final de l'opération s'appelle survie ou guérison, peu importe : il demeure vrai que la récurrence est toujours à craindre. D'autre part le terme de trois ans fixé comme pierre de touche d'une guérison à jamais acquise est par lui-même tout à fait arbitraire et par conséquent très sujet à caution, néanmoins nous l'adopterons pour base commune de comparaison en l'entendant à la manière de Volkmann qui regarde la guérison comme devant très probablement persister lorsque la maladie n'a présenté aucune récurrence locale et aucune nouvelle manifestation ganglionnaire pendant les trois premières années consécutives à l'extirpation. Nous conviendrons sans difficulté que dans l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale il ne saurait être question d'arriver à une cure radicale des tumeurs malignes, si l'on prend cette expression dans son sens littéral, nous voulons dire en s'attaquant à la cause première de l'évolution du néoplasme pour l'anéantir. Mais nous devons nous déclarer pleinement satisfaits lorsqu'à l'aide d'une opération qui par elle-même est sans gra-

vité la plupart du temps, nous aurons fait bénéficier nos malades d'une survie qui peut embrasser parfois de longues années. Lors donc que l'opération chirurgicale est possible et qu'elle est pratiquée en temps d'élection, la guérison au moins momentanée peut se maintenir plusieurs années après l'excision du foyer primitif.

A ce point de vue, il faut d'après Kœnig distinguer deux formes que revêt la guérison. A la première forme appartiennent les cas dans lesquels les opérés demeurent bien portants durant deux, trois et même quatre ans, puis sont pris de récurrence. Cette guérison simplement temporaire est déjà en elle-même un résultat satisfaisant étant donné que la plupart des sujets atteints de tumeurs malignes ont dépassé la première moitié de la vie, elle est relativement commune aujourd'hui et sa proportion d'après cet auteur s'élèverait à 30 pour 100. Il n'en est plus de même de la deuxième forme, la guérison vraiment définitive à la suite de laquelle nous voyons les opérés vivre de longues années et succomber à une affection toute différente. Aussi quelques praticiens ne regardent-ils pas comme parfaite une guérison dont la persistance se maintient trois années et même davantage.

Ces statistiques nous prouvent une fois de plus que l'ablation d'une tumeur maligne, alors même qu'elle est suivie de récurrence, prolonge sensiblement l'existence des malades opérés. Par exemple en ce qui concerne le carcinôme du sein nous voyons que les femmes opérées survivent en moyenne de 36 à 39 mois, tandis que la durée approximative de la vie chez les femmes non opérées n'est que de 27 mois. Nous ne possédons

pas de données rigoureusement exactes relativement à l'époque de l'apparition des récidives, mais les recherches de Paget et de Sibley nous ont mis en mesure d'apprécier la durée des tumeurs malignes récidivées. Paget, dans un relevé composé uniquement de squirrhes de la mamelle, a comparé la durée de la survie chez 61 femmes non opérées et chez 41 femmes opérées. La moyenne de la vie aurait été d'environ trois ans chez les malades opérées, et de moins de 30 mois chez les malades non opérées. Le résultat de l'intervention chirurgicale aurait été par conséquent d'augmenter de plus de six mois la durée de l'existence. Sibley évalue pour les tumeurs malignes du sein, qu'il a opérées à l'hôpital de Middlesex, l'époque de la première manifestation de la récidive à un délai approximatif de 15 mois à dater du jour même de l'extirpation, la survie moyenne ayant été de 30 mois et demi.

Ces statistiques déjà anciennes sont insuffisantes pour nous permettre d'établir avec précision la proportion des repullulations tardives et surtout des circonstances dans lesquelles la guérison radicale paraît avoir été obtenue, mais elles nous font pressentir que la constance de la récidive est heureusement loin d'être démontrée nécessaire pour tous les cas. Warren a vu en effet, dans une pratique de quarante ans, un assez bon nombre de femmes atteintes de tumeurs malignes du sein et opérées par lui vivre encore 10, 15 et jusque 20 ans. Græfe, Paget, Erichson, Velpeau et Broca ont également cité des malades ayant survécu 15, 20 et même 25 ans à l'intervention. Par contre, Monro sur un total de 60 tumeurs malignes ne put compter que 4 malades exempts de toute trace de réci-

diver deux ans après la première extirpation. Scarpa dit avoir vu trois fois seulement dans le cours de sa longue carrière, des opérations faites pour des squirrhes n'être pas suivies de récédive. Mayo a trouvé que pour le squirrhe du sein opéré dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire très largement et de fort bonne heure, il y a encore 95 récédives pour 100. Ces constatations sont, il est vrai, peu encourageantes, cependant des faits relativement nombreux et anciennement connus prouvent que la réapparition du cancer peut par une ablation prématurée et bien conduite être retardée de plus de dix ans. Il y a longtemps déjà, un demi siècle et plus, que l'on a rapporté des exemples indéniables de tumeurs malignes ayant cédé radicalement à une intervention persévérante.

Nous choisirons à dessein pour ce chapitre où nous traitons d'une façon très générale de la curabilité définitive des tumeurs malignes, des cas de guérison dont l'authenticité est hors de tout soupçon et qui sont en quelque sorte devenus classiques. Nous reproduisons plus loin, à titre de document, une observation prise en 1845 dans le service de Jobert (de Lamballe) et relative à une tumeur cancéreuse du col de l'utérus traitée par l'amputation et la cautérisation. La malade qui fait le sujet de cette observation, a été revue six ans après l'opération et ne présentait pas le moindre indice de récédive. Dans un exemple de carcinôme rapporté par Huenicken, le bénéfice de l'extirpation première se maintint pendant huit ans. Sur un total de 61 malades affectés de tumeurs malignes pour lesquelles l'ablation fut tentée, Paget en a compté 15 ayant survécu 4 ans et 5 dont la vie s'est prolongée

de 10 à 20 ans. Broca sur 28 épithéliômes qu'il a opérés constata 19 fois la récurrence, les 9 autres malades n'ont pu être suivis un temps suffisant après son intervention, toutefois on ne serait pas en droit d'affirmer que dans ces 9 cas il y ait eu récurrence plutôt que guérison. Follin cite trois cas de cancer du sein opérés par lui-même et qui ont été respectivement 5, 7 et 11 ans sans donner lieu à la plus légère apparence de récurrence. Dans deux cas d'épithéliôme mentionnés par Poulet et Bousquet, la récurrence après une première extirpation s'est fait attendre jusqu'à 11 et 15 ans. Sur 5 amputations du pénis pour cause d'épithéliôme, une seule a fourni à M. J. Bœckel une survie de 4 ans; encore dut-elle être accompagnée de l'excision des ganglions inguinaux dégénérés. M. Horteloup rapporte un fait de tout point identique. Un sarcôme de la tête du tibia, observé à la clinique de Volkmann en 1886, nécessita la résection des extrémités osseuses articulaires; la guérison se maintint parfaite durant 3 ans au bout desquels le malade fut perdu de vue. Plus près de nous, M. Plicque a réuni dans sa thèse de doctorat (1888) douze observations desquelles il ressort que des interventions opiniâtres et multipliées ont amené une guérison qui ne s'est pas démentie à la suite de plusieurs années.

D'autre part, les statistiques les plus récentes que nous avons pu utiliser et qui se rapportent à la moyenne de la survie comparée chez les opérés et chez les non opérés, aboutissent à des résultats variables, quoique peu différents entre eux, mais toujours plus ou moins favorables à l'opération. Comme le chiffre des guérisons durables enregistrées dans

les annales de la science semble devoir s'accroître d'année en année avec les progrès du manuel opératoire et la précocité de l'extirpation, nous devons faire profiter les malades de cette chance de salut, quoique les tumeurs secondaires soient souvent plus malignes cliniquement que les tumeurs primitives. Etant donné d'ailleurs que l'accroissement des néoplasmes ganglionnaires est sous la dépendance directe du développement du foyer primitif, nous ne pouvons trancher le débat autrement que par l'affirmative. Le cancer primordial étant, par essence, un centre de contagion locale qui tend à devenir de plus en plus générale, il y a indication et même urgence à en pratiquer l'ablation le plus tôt possible. Il faut alors se hâter, car chaque jour perdu ôte quelque chance de réussite à l'extirpation. En poursuivant le mal à travers plusieurs récidives répétées, on est parvenu à maîtriser son extension. On cite à ce propos des malades ayant subi jusqu'à 20 et même 30 opérations. (Poncet).

En présence de pareils résultats, il pourrait paraître inutile et oiseux de nous poser la question suivante : Est-il avantageux de tenter l'ablation, alors que l'intervention est facile et ne met nullement la vie des malades en danger ? Mais, sur ce point capital, il y a eu longtemps divergence dans les réponses des chirurgiens. Les uns, à l'appui de leur abstention, ont allégué l'extrême fréquence, pour ne pas dire même la constance absolue de la récidive, puisant l'explication sinon l'excuse de leur conduite passive dans l'insuffisance et l'insuccès des moyens thérapeutiques opposés vainement à la marche progressive des tu-

meurs malignes. Les autres sont allés jusqu'à prétendre que l'opération diminuait, bien loin de l'augmenter, la durée moyenne de la survie. Nous venons de voir ce qu'il faut penser de cette dernière assertion. Quant à la récurrence, elle est, en effet, la pierre d'achoppement de toutes les interventions, mais n'est pas fatalement inévitable en toute circonstance. Il importe, du reste, de faire remarquer que les conséquences qui découlent de ces relevés sont loin de traduire la réalité des faits. L'on revoit toujours ou presque toujours les opérés frappés de récurrence, mais ceux qui sont guéris définitivement nous échappent le plus souvent. Et encore, dans l'immense majorité des cas, lorsque la tumeur maligne récidive sur place, cela tient à ce que, malgré tout le soin apporté par le chirurgien dans l'extirpation, il arrive que des traînées et des prolongements éloignés échappent au bistouri. Ce fait est surtout vrai pour les cancers qui prennent naissance dans des régions et des organes mal délimités, tels que les parois du rectum. Aussi les chances de succès seront-elles d'autant plus grandes, que nous interviendrons de meilleure heure et que nous enlèverons prématurément et en quelque sorte préventivement suivant le judicieux conseil de M. Kirmisson, les ganglions correspondants à la région malade.

Il ressort des considérations préliminaires que nous venons d'exposer que l'opération sera nettement indiquée toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'un sujet sain, alors que la tumeur maligne est bien circonscrite, facilement accessible et qu'il n'y a pas encore d'engorgement du système lymphatique

ou du moins que les ganglions intéressés sont isolés, peu nombreux, mobiles et susceptibles d'une ablation complète.

Nous devons maintenant examiner brièvement à quelles conditions devra répondre notre intervention opératoire pour être irréprochable et pour garantir notre malade contre tout danger de récurrence, autant que la chirurgie contemporaine peut nous permettre de nous prémunir contre cette fâcheuse éventualité.

Rien n'est désespérant, en effet, pour le chirurgien, comme la ténacité des tumeurs malignes à repulluler sur place, sinon leur tendance à infecter l'économie tout entière. Nous ne sommes cependant pas absolument désarmés contre ces retours offensifs, dont bien des causes nous échappent encore. Il y a notamment quelques points de pratique, qui nous sont assurés d'une manière définitive. Nous les passerons en revue sommairement.

Pour se mettre à l'abri de la récurrence dans la mesure du possible, il faut, tout le monde est aujourd'hui d'accord là-dessus, faire des ablations précoces et extrêmement larges. Sur la précocité même de l'intervention, il semble que nulle objection ne puisse surgir. Et pourtant, combien peu de personnes voyons-nous opérées en temps opportun. A notre époque où il est entré dans l'opinion courante du public qu'un traitement opératoire peut seul avoir raison des tumeurs malignes, il est pénible de constater qu'un trop grand nombre de malades ne sont adressés au chirurgien qu'en désespoir de cause, après avoir épuisé toute une série de médicaments tant internes qu'externes, souvent nuisibles, toujours inutiles.

L'ablation large est un autre précepte non moins essentiel. Il faut dépasser de loin les limites perceptibles du néoplasme, et sacrifier hardiment la peau autour de tous les points où elle présente la plus faible adhérence aux tissus sous-jacents. Lorsqu'il s'agit d'une glande ou d'un organe nettement délimité, c'est son extirpation totale que l'on doit s'empresse de pratiquer. Cette règle de conduite est suivie universellement pour les tumeurs malignes du sein. Nous verrons plus loin que la chirurgie moderne tend de jour en jour davantage à appliquer la même méthode opératoire au traitement des tumeurs malignes de l'utérus.

Mais cela même n'est pas encore suffisant. Il est indispensable d'enlever tout ganglion envahi ou simplement susceptible de l'être, et en outre les troncs lymphatiques infectés qui conduisent du foyer morbide primitif à ces ganglions secondairement atteints. C'est ce que Verneuil a établi d'une façon péremptoire pour le cancer de la langue par exemple. Certains opérateurs convaincus que l'adénopathie ganglionnaire y est constante, quoiqu'elle passe souvent inaperçue, ont proposé, après avoir amputé la langue, d'aller, par une incision à la région sus-hyoïdienne, à la recherche des ganglions sous-maxillaires engorgés. Mais, par ce procédé, les vaisseaux lymphatiques charriant les produits pathologiques sont respectés; aussi Verneuil a-t-il été unanimement approuvé, lorsqu'il a conseillé de faire l'extirpation simultanée de la glande sous-maxillaire et du plancher de la bouche. Pour les tumeurs malignes de la mamelle, il doit en être exactement de même, et l'usage est actuellement général

de ne plus enlever un sein cancéreux, sans pratiquer en même temps un large curage du creux axillaire correspondant. Cette opération doit être faite, non pas au moyen de deux incisions séparées, mais par une seule plaie se prolongeant du sein à l'aisselle et en ayant soin d'enlever avec la tumeur une bande de peau comprenant le tissu conjonctif sous-cutané et ses lymphatiques.

Si nous cherchons des faits prouvant cette action désastreuse des ganglions intéressés sur le résultat éloigné de notre opération, nous en trouverons abondamment concernant les cancers des lèvres et de la langue. Dans cette région en effet, il est fréquent de voir la cicatrice demeurer indemne tandis que les ganglions cervicaux ne tardent pas à se prendre. Cet envahissement ultérieur se déclare un temps variable après l'intervention, parfois plusieurs années. Il en est ainsi pour l'utérus. Après une amputation du col utérin, Verneuil a vu survenir l'adénopathie au bout de six ans et demi. Nous avons tort d'employer l'expression survenir, car il est évident que cet engorgement des ganglions lymphatiques par la matière cancéreuse ne peut provenir que de la masse primitive autrefois extirpée. Ce n'est donc pas là, même à une si longue échéance, une récurrence véritable, mais plutôt une continuation du processus néoplasique qui poursuit son évolution après une opération qui fut en réalité incomplète. A dire vrai, la malade n'a jamais été guérie, nous entendons d'une façon parfaite, elle a seulement bénéficié d'une trêve plus ou moins longue dans le développement du cancer, suivant le mot si juste de Verneuil. D'ailleurs les récidives ex-

clusivement ganglionnaires ne sont pas les seules retardées par les périodes d'accalmie qui accompagnent nos opérations. Verneuil a rapporté le cas d'une personne qu'il a opérée d'une tumeur du sein, dont la nature maligne fut démontrée par le microscope. Trente ans plus tard, une tumeur nouvelle prenait naissance dans la cicatrice et présentait exactement les mêmes caractères histologiques que le néoplasme primitif. Certainement il était resté des éléments morbifiques dans la région et nous ne connaissons pas dans la science d'exemple plus remarquable de latence prolongée. Mais tirant de ce fait des conséquences d'une portée trop générale, Verneuil en conclut que l'apparition d'une tumeur maligne est sous la dépendance d'une diathèse organique qui persiste toute la vie et contre laquelle les interventions les plus énergiques demeurent impuissantes.

Quelques chiffres vont nous prouver que les tentatives opératoires sont utiles aux malades et doivent être plus courageusement entreprises. En 1881, Siegfried Fischer a collationné toutes les observations de sujets opérés de tumeurs malignes par Rose, à l'hôpital cantonal de Zurich, dans une période s'étendant de 1867 à 1878. Pour compléter ces renseignements, il alla à la recherche de tous les malades qui avaient survécu. Meyer, en 1888, poursuivit ce curieux recensement. Le nombre total des opérés de Rose était à ce moment de 256, dont 77 seulement étaient encore en vie lors de la publication des relevés de Fischer. Meyer voulut les visiter à son tour. 5 d'entre eux ne purent être retrouvés, 8 n'étaient pas en état de donner une réponse suffisamment explicite, mais sur les 64

autres, Meyer est parvenu à se procurer des informations circonstanciées. Ces 64 se décomposaient en : 22 survivants et indemnes de toute récurrence au bout d'un temps qui variait de 10 à 21 ans, 19 morts de maladies accidentelles, de 2 à 16 ans après l'opération, mais sans avoir présenté de récurrence, et 23 morts par suite de récurrences locales ou de généralisation, survenant dans un délai de 6 mois à 11 ans et demi après l'ablation. On pourrait objecter que la plupart des observations, particulièrement celles qui ont trait aux guérisons définitives, sont résumées brièvement et manquent de précision. Il est question, dans un assez grand nombre de ces cas, non seulement d'épithéliômes cutanés ou muqueux superficiels, mais de tumeurs volumineuses ayant nécessité des pertes de substance considérables. Fréquemment des ganglions lymphatiques engorgés durent être excisés. Toutes les variétés de cancers y sont représentés, mais les sarcomes purs, les fibro et les cystosarcomes y tiennent une place prépondérante. Ces résultats ne laissent aucun doute sur la possibilité et même la fréquence, toutes proportions gardées, de la guérison parfaite des tumeurs malignes.

A peu près en même temps, M. Plicque, à Paris, réunissait 300 observations de cancers, la plupart opérés en pleine récurrence. La guérison a été dans 4 cas de plus de 20 ans et dans 13 cas de plus de 10 ans. Le chiffre total des faits où elle s'est maintenue plus de 5 ans s'élève à 59. De même que les observations de Meyer et de Fischer, les constatations de M. Plicque attribuent aux sarcomes la plus grande partie des succès durables, mais tous les sous-genres de tumeurs

malignes sans exception y occupent une place. Ce bénéfice encourageant est dû en premier lieu à la précocité et à l'étendue de l'ablation, mais M. Plicque se demande s'il ne faut peut-être pas faire une part à une modification spontanée et bienfaisante de l'état général sous l'influence de l'opération.

Suivant Broca on n'observerait la généralisation des tumeurs malignes que dans les trois quarts des cas au plus et dans la moitié ordinairement. Lebert l'évalue à une proportion d'environ 56 pour 100 des cas. Mais ces deux auteurs ne comprennent pas dans la généralisation la propagation aux ganglions lymphatiques. Pour nous qui considérons comme tumeur secondaire l'envahissement du système lymphatique, nous admettrons la production de nodules par infection comme un phénomène constant. La récurrence, étant par définition liée à l'engorgement ganglionnaire, nous apparaîtra donc comme un fait inévitable. Aussi n'aurons-nous des chances sérieuses d'obtenir des succès durables qu'à la faveur d'une extirpation hâtive et très largement pratiquée. Comme la récurrence locale et la généralisation sont en raison directe l'une de l'autre, nous formulerons de la manière suivante la règle qui nous servira de guide dans le choix d'une méthode de traitement véritablement curatif : toute opération partielle est fatalement mauvaise parce qu'elle entraîne nécessairement la repullulation à bref délai. Il convient de déborder largement les limites du néoplasme et d'inciser en plein dans les parties saines. Cette première ablation sera suivie de l'excision aussi rigoureuse que possible de tous les ganglions suspects, car il n'est pas rare de voir se développer progressivement

des ganglions qui avant l'opération étaient imperceptibles au point de laisser croire à l'intégrité parfaite des voies lymphatiques, l'engorgement étant au début assez peu marqué pour échapper à toute investigation. M. Kirmisson a prouvé, en effet, par trois observations démonstratives, que la dégénérescence lymphatique peut passer inaperçue même de l'exploration la plus minutieuse. La première observation a trait à une femme de 48 ans, chez laquelle on ne percevait avant l'opération aucun ganglion, cependant le curage du creux axillaire conduisit à en enlever 5 ou 6 variant du volume d'un pois à celui d'un haricot. La deuxième est celle d'une femme très grasse, qui portait dans l'aisselle une dizaine de ganglions volumineux, que l'embonpoint de la malade avait empêché de constater par la palpation. Enfin, la troisième nous montre un épithélioma du sein s'accompagnant de 7 ou 8 ganglions envahis, alors que l'examen clinique n'avait permis d'en découvrir qu'un seul.

Ainsi la fréquence des récidives, après les opérations dirigées contre les tumeurs malignes, est due dans l'immense majorité des cas à ces deux grandes causes: l'ablation n'est pas pratiquée assez largement et les malades, porteurs de cancers, s'adressent trop tard aux chirurgiens, alors que la propagation au courant lymphatique est générale. Tout récemment, M. E. Lauwers (de Courtray) a repris l'étude de la repullulation post-opératoire des néoplasmes de mauvaise nature et s'est efforcé d'en signaler les raisons physiologiques les plus manifestes. D'après lui, cette prolifération tiendrait à des défauts inhérents à l'extirpation elle-même. Toutes les variétés de cancers, même réputées

les plus pernicieuses, dit M. E. Lauwers, sont radicalement curables à l'origine et par suite relèvent d'une intervention large et précoce. Il s'agit, avons-nous dit, d'outrepasser grandement les limites du mal. Mais il est parfois difficile de déterminer exactement où sont les limites précises du néoplasme. Cette connaissance ne pourra être complète qu'autant que l'anatomie pathologique aura fait une étude minutieuse de la distribution des voies lymphatiques dans les organes qui sont le siège le plus fréquent du cancer. M. E. Lauwers est convaincu qu'une extirpation arisonnée des troncs lymphatiques, ayant pour base une science parfaite de leur répartition dans tout le territoire et les alentours d'un organe envahi, aurait pour résultat certain de faire baisser dans une notable proportion le nombre des récidives après la première tentative opératoire. Précédemment Kocher avait exposé sa manière d'opérer qui est sensiblement pareille à celle que vient de préconiser l'auteur belge. Il n'hésite pas à attribuer ses succès à sa méthode opératoire et pense avec Volkmann que dans le cas de tumeurs malignes, il faut s'attaquer autant à la région ganglionnaire qui a pu être infectée qu'au néoplasme lui-même. Il importe d'intervenir avant que les voies lymphatiques, qui conduisent à la première station ganglionnaire, soient atteintes par le mal. Mais à quel moment précis se fait cet envahissement? Dans l'impossibilité où nous nous trouvons encore de déterminer la période à laquelle les cellules épithéliales commencent à se répandre dans les vaisseaux lymphatiques, nous ne pouvons que nous efforcer de les distancer, autrement dit d'opérer de fort bonne heure.

Dans toute tumeur maligne, il y a, comme l'a fait remarquer Verneuil, une zone suspecte constituée par la région des lymphatiques efférents et s'étendant jusqu'aux ganglions correspondants. C'est surtout dans cette zone que se produisent les récidives et il faudrait pouvoir l'enlever toujours. Cette extirpation est malheureusement presque constamment impossible dans les membres à cause des grands délabrements qu'elle rendrait nécessaires, mais elle peut être faite quand il s'agit des tumeurs du sein dont les ganglions résortissants sont peu éloignés. Il faut l'enlever systématiquement et de parti délibéré. Le sacrifice de cette zone douteuse est donc amplement justifié et d'autre part le pronostic est singulièrement amélioré au point de vue de la récidive possible.

Encore que les repullulations locales soient causées presque invariablement par une extirpation forcément partielle, elles paraissent tenir dans plusieurs exemples à une greffe transportée par les instruments ou les doigts du chirurgien. Il va de soi que les interventions secondaires entraînent une gravité au moins équivalente à celle des opérations primitives. Ajoutons enfin que l'âge avancé constitue une circonstance avantageuse sous le rapport du pronostic, tandis que le jeune âge est, au contraire, une condition désastreuse.

V

Tumeurs malignes des lèvres

Si nous passons en revue les résultats éloignés fournis par le traitement chirurgical des tumeurs malignes des lèvres, nous aurons la satisfaction de constater des succès encourageants. Winiwarter (de Liège) a rapporté des exemples remarquables de guérisons permanentes obtenues à la clinique de Billroth à Vienne, chez des vieillards de 70, 73, 75 et même 81 ans et s'étant maintenues 2, 3 et jusque 6 ans. Chez deux de ces derniers malades, des ganglions lymphatiques manifestement hypertrophiés furent laissés en place et cependant leur rétrocession eut lieu par la suite sans compromettre en rien le succès final. Il est évident qu'il ne s'agissait pas là d'un envahissement des voies lymphatiques par la matière cancéreuse, mais seulement d'une induration ganglionnaire d'origine purement inflammatoire. Un autre malade fut atteint un an après la première excision d'une récidive dans les ganglions, ce qui nécessita une nouvelle intervention. Six ans et trois mois après cette seconde extirpation, la guérison ne s'était pas démentie.

MM. Delens et Le Dentu ont cité chacun le fait d'un malade opéré d'un épithéliôme de la lèvre inférieure en 1870 et qu'ils ont revu dix ans plus tard indemne de toute repullulation.

Trélat a indiqué l'exemple non moins digne d'attention d'un de ses malades radicalement guéri depuis huit ans à la suite d'une seule opération.

Worner, dans sa statistique personnelle portant sur un total de 306 cas suivis d'ablation, a obtenu une proportion de guérisons maintenues au moins 3 ans après l'intervention s'élevant à 38 pour 100. Les 866 cas qu'il a recueillis à différentes sources et qui représentent la somme des cancers labiaux dont l'observation a été publiée jusqu'en 1884 donnent 28,1 pour 100 de guérisons de 3 ans.

Depuis le mois de mai 1843 jusqu'à la fin de l'année 1884, 305 tumeurs malignes des lèvres ont été opérées à la clinique de Tubingue, la proportion des guérisons durables en serait d'après Worner de 32,13 pour 100.

Cependant la récurrence peut encore se produire même après un aussi long intervalle. C'est ainsi que Worner cite un malade réopéré au bout de 9 ans et dont la guérison persista plus de 6 ans. Une observation de Winiwarter a trait à un sujet qu'il dut opérer 8 fois en moins de 11 ans pour maîtriser les récurrences rebelles d'un cancer labial. Fischer a constaté au bout de 2 ans une récurrence dont la guérison s'est également prolongée 6 ans après l'extirpation, Gouley a opéré avec un plein succès une récurrence tardive survenant 16 ans après la première opération. M. Richet a cité un opéré de Marjolin qui vint le consulter pour un retour offensif de son cancer labial, l'ablation fut pratiquée de nouveau, mais une seconde récurrence eut lieu au bout de 4 ans. M. J. Boeckel (de Strasbourg) a rapporté l'exemple d'un cancer de la lèvre inférieure chez une femme n'ayant récidivé après une première excision qu'au bout de 11 ans.

D'autres faits plus singuliers encore nous montrent

des récidives se déclarant après un temps très long dans des organes éloignés. Winiwarter, 3 ans après l'ablation d'un épithéliôme de la lèvre inférieure, fut obligé d'enlever un épithéliôme secondaire du front ; 4 ans plus tard il revit son malade indemne de toute récidive. Whitehead a signalé après 9 ans écoulés une récidive dans la langue, consécutive à un épithéliôme de la lèvre inférieure et dont la guérison ne persista que deux ans après l'ablation. Panas enfin a fait mention d'un squirrhe du sein survenant chez un homme que Velpeau avait débarrassé d'un cancer de la lèvre inférieure 25 ans auparavant.

Ces faits tendraient à donner raison à Broca qui distinguait, outre la récidive locale des tumeurs malignes et leur propagation à l'appareil lymphatique, une récidive éloignée qu'il appelait plus particulièrement une repullulation. Elle consisterait dans l'apparition à une grande distance du foyer morbide primitivement opéré d'une ou de plusieurs tumeurs identiques de nature à la tumeur mère. Mais il faut pour qu'il y ait vraiment repullulation que le système anatomique au sein duquel se montre le cancer secondaire ne soit ni en continuité directe, ni en relation par les voies sanguines ou lymphatiques avec le siège primordial. La reproduction d'un néoplasme dans un moignon après l'amputation d'un membre ne saurait donc rentrer dans cet ordre de choses. Mais la repullulation ainsi comprise est un phénomène tellement rare qu'elle a été révoquée en doute dans ces dernières années. D'ailleurs nombre de cliniciens prennent indifféremment les mots récidive et repullulation l'un pour l'autre.

Pour intéressantes que soient de pareilles exceptions, il n'en demeure pas moins vrai que la récurrence, lorsqu'elle a lieu, se manifeste dans la grande majorité des cas de fort bonne heure. Dans les 142 exemples de récurrence étudiés par Worner, nous en trouvons 87 dans lesquels la continuation du processus néoplasique s'est produite dans le cours de l'année même de l'opération. D'une façon générale il est admis que l'épithéliôme des lèvres récurrence rarement 2 ans après l'ablation et très exceptionnellement au bout de 3 ans. Ce temps d'épreuve une fois passé, il est relativement commun de rencontrer des survies se prolongeant 10, 15 et 20 ans.

VI

Tumeurs malignes de la mamelle.

Les recherches statistiques de A. Henry portent sur 196 cas de cancers du sein observés dans les années comprises entre 1871 et 1878. Ils se répartissent de la manière suivante :

Cas suivis d'intervention.

Opérées vivantes sans récidence....	28
— avec récidence.....	18
Opérées mortes de récidence.....	60
— d'autres maladies.	
— ou perdues de vue.....	11
Opérées mortes soit à la suite de l'ablation, soit de complications intercurrentes, soit de cancers secondaires.....	30
Cas non opérés.....	49

Plus récemment, Winiwarter, Oldek et A. Henry ont colligé les observations de cancers du sein recueillies par Billroth, Essmarch et Fischer. Ces divers auteurs ont rassemblé de la sorte 596 cas de tumeurs malignes de la mamelle, dont Winiwarter 170, Oldek 250 et A. Henry 176. Sur ces 596 cas, 95 n'ont pu donner lieu à aucune opération. Les renseignements concernant 6 autres sont incomplets et insuffisants. Restent 495 cas suivis d'intervention ; ils ont donné 87 décès par le fait même de l'extirpation, soit une mortalité de 16 pour 100 et 46 guérisons regardées comme définitives, soit 9 pour 100.

Remarquons en passant un résultat qui semble à première vue paradoxal. Sur 294 femmes chez lesquelles on extirpa les ganglions axillaires, une proportion de 6 pour 100 seulement furent radicalement guéries, tandis que 12 pour 100 des malades chez lesquelles on ne pratiqua qu'une simple amputation du sein sans curage de l'aisselle bénéficièrent d'une guérison parfaite. Si nous cherchons comment il se fait que les suites post-opératoires soient aussi dissemblables, nous nous convaincrions que deux facteurs jouent ici un rôle capital : l'infiltration plus ou moins étendue du cancer et son degré de malignité. Ces auteurs admettent que plus l'envahissement ganglionnaire se produit tardivement, plus le cancer est lent dans sa marche et par conséquent plus son pronostic est favorable. Dans le même ordre d'idées, M. Després, ayant opéré d'un squirrhe de la mamelle une femme chez laquelle la guérison persista 9 ans, explique une rémission aussi prolongée et relativement rare par la variété à laquelle appartenait la tumeur et par ce fait que l'extirpation fut pratiquée dans la première année de la maladie. Au cours de la dixième année une légère récurrence ganglionnaire se montra. Ce sont surtout ces dernières espèces de tumeurs malignes qui apportent un contingent notable de guérisons se maintenant plusieurs années. Aussi est-il absolument impossible de poser une règle générale touchant la conduite à tenir et c'est d'après l'examen attentif de chaque cas individuel que le chirurgien se décidera pour une intervention radicale.

En vue de contribuer à trancher cette importante

question de thérapeutique opératoire, Samuel W. Gross, de Philadelphie, a étudié, d'après des statistiques richement documentées, les trois points ci-après :

L'opération prévient-elle la dissémination locale du cancer ? On doit répondre par l'affirmative. La clinique nous montre en effet que les tissus, environnant le foyer primitif, sont envahis dans 90,82 pour 100 des cas. Or sur 305 observations dans lesquelles cette circonstance aggravante a été relevée, on compte 315 cas de récurrence locale, c'est-à-dire 79,74 pour 100. L'intervention a donc empêché l'extension du mal sur place dans 10,08 pour 100 des cas.

L'opération prévient-elle l'engorgement des ganglions ? Sur 657 cas de cancers du sein on a noté 422 fois l'adénopathie axillaire. 27 fois il y avait en outre infiltration des ganglions sus-claviculaires, 5 fois des ganglions sous-claviculaires et 3 fois des ganglions cervicaux. Sur 114 opérations entreprises avec cette complication, la récurrence ganglionnaire s'est produite 46 fois.

L'opération prévient-elle le développement consécutif des tumeurs métastatiques ? Sur 252 cas de cancers du sein non opérés, on a noté 157 fois l'existence de tumeurs viscérales. Sur 488 cas opérés, on ne compte que 146 fois la présence de cancers secondaires. L'intervention empêcherait donc la généralisation dans 32,30 pour 100 des cas.

Le même auteur trouve une proportion de guérisons radicales équivalant à 11,83 pour 100. Il admet de plus que l'extirpation même suivie de récurrence rapide donne en moyenne une survie d'un an sur la durée du cancer livré à lui-même. Sur 527 cas de cancers

du sein tant squirrheux que colloïdes, encéphaloïdes et atrophiques, il compte 57 malades ayant dépassé 3 ans. Sa statistique personnelle ne comporte que 10 cas dans lesquels la maladie n'a donné aucun signe de récurrence, soit locale, soit ganglionnaire, avant la dixième, la douzième et même la quinzième année.

M. Gillette a eu occasion de revoir en parfaite santé une femme à laquelle il avait fait l'ablation d'un sarcôme du sein plus de cinq ans auparavant.

Sur 64 amputations de la mamelle suivies de curage du creux axillaire et contrôlées par l'examen histologique, M. J. Bœckel note 6 décès post-opératoires et 16 absences de récurrence vérifiées au bout de 3 ans dont quelques-unes acquises au prix de deux opérations.

E. Küster a opéré, de 1871 à 1882, 132 seins carcinomateux et il est arrivé aux résultats suivants : sur 15 opérations partielles, c'est-à-dire accompagnées d'une simple énucléation de ganglions isolés, il n'a obtenu que 2 guérisons prolongées, soit 13,33 pour 100. Les 117 opérations totales, nous voulons dire avec curage méthodique de la cavité axillaire, lui ont donné 16 guérisons radicales. Pour juger de la valeur de ce traitement, il le compare au point de vue de ses fruits aux conclusions qui découlent des grandes statistiques établies par les soins d'Oldek, de A. Henry et de Fischer. Sous le rapport de la guérison définitive, ces statistiques oscillent entre 5,59 et 16,19 pour 100. Küster, dans une première série de 60 malades, a obtenu 13 guérisons durables, soit 21,66 pour 100. Dans une deuxième série de 93 opérées de cancers du sein, il arrive à une proportion presque identique,

21,5 pour 100. Mais il estime qu'une survie de 3 ans ne donne qu'une forte probabilité de cure radicale et non une certitude rigoureuse. Chez une de ses malades, il vit une récurrence locale survenir au bout de 11 ans.

Kœnig (de Göttingue) a obtenu environ 20 pour 100 de guérisons temporaires remontant au moins à 3 ans.

La statistique particulière de Hildebrand comprend 152 cas de cancers de la mamelle opérés à la clinique de Kœnig, de 1875 à 1885, 23 malades suivies plus de 3 ans ont été trouvées indemnes de toute menace de repullulation.

Les relevés personnels de Volkmann attribuent à l'extirpation du cancer de la mamelle, accompagnée d'un large curage du creux de l'aisselle, le succès définitif dans la mesure de 13 pour 100.

En mettant en parallèle les guérisons dites radicales des tumeurs malignes du sein suivant la présence ou l'absence de ganglions engorgés, nous pourrions apprécier la valeur curative de l'intervention et en tirer des probabilités au point de vue du pronostic.

Guérisons définitives.		
Billroth...	tumeurs simples..	10 pour 100.
—	avec adénopathie..	2 —
Essmarch .	tumeurs simples..	14 —
—	avec adénopathie..	7 —
Volkmann.	tumeurs simples..	17 —
—	avec adénopathie.	8 —
Kœnig....	tumeurs simples..	36 —
—	avec adénopathie.	10 —

M. le Dr Cazin, de Berck-sur-Mer, a fait une étude

particulière du cancer du sein. De 1862 à 1886, il a pratiqué 564 ablations de tumeurs malignes. Dans les 4/5 des cas, la vérification histologique fut faite. Il a trouvé que 102 squirrhés se décomposaient ainsi qu'il suit: 60 avec retentissement ganglionnaire parmi lesquels il note 2 résultats inconnus, 48 récidives, 3 morts et 7 guérisons définitives et 42 sans engorgement lymphatique, dont 5 résultats inconnus, 28 récidives, 1 mort et 8 guérisons définitives. Parmi les malades guéries radicalement d'un squirrhé, une a subi l'opération 2 fois et deux autres ont dû être opérées 3 fois.

Sur 120 encéphaloïdes, 80 s'accompagnaient de ganglions envahis, dont 4 guérisons définitives, 5 résultats inconnus, 67 récidives et 4 morts. 40 étaient sans complication ganglionnaire, dont 8 guérisons radicales, 5 résultats inconnus, 26 récidives et une mort.

L'imminence de la repullulation, avons-nous dit, est toujours à redouter. Il est certain que plus de la moitié des récidives ont lieu avant la fin du semestre consécutif à l'opération et le tiers suivant avant l'expiration de l'année. Mais on doit évaluer approximativement à 15 pour 100 la proportion des repullulations éloignées pouvant se manifester au bout de 4 ans et même davantage. Comme exemple nous citerons une femme demeurée indemne pendant dix ans et demi à la suite d'une seule ablation et atteinte vers la fin de la onzième année d'une récidive ganglionnaire sus-claviculaire, à marche très rapide. Parfois après une période d'accalmie de cinq ans et plus, il survient une repullulation tardive dans la cicatrice comme il arriva dans un cas rapporté par Kœnig. Dans un autre fait

relaté par Rosenbach, une femme a vu apparaître un noyau induré dans la cicatrice huit ans après une première extirpation ; il fut enlevé et le même accident se reproduisit au bout de quatre ans. M. Desprès a opéré d'un cancer du sein une malade chez laquelle la récurrence apparut dans le courant de la sixième année après l'ablation. Peut-être s'agissait-il dans ces divers exemples de greffes cancéreuses faites au cours de l'opération et qui ont sommeillé un temps plus ou moins long.

Heidenhain (de Berlin) croit que l'on a eu grand tort de ne considérer comme causes locales de reproduction des tumeurs malignes du sein que les ganglions axillaires et les troncs lymphatiques y afférents. Le mode d'envahissement des régions voisines et en particulier du muscle grand pectoral a été presque entièrement négligé. Chez les femmes maigres la face profonde de la glande mammaire est appliquée dans toute son étendue sur l'aponévrose d'enveloppe de ce muscle ; chez les personnes grasses, cette adhérence n'existe que par places. Le cancer se propage dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif rétro-mammaire, mais il n'envahit le muscle lui-même que quand il y a déjà entre ce dernier et la tumeur une adhérence perceptible aux moyens d'investigation clinique. La dissection de l'aponévrose étant sinon impossible au moins très laborieuse, il faut hardiment exciser une tranche superficielle du muscle lors même que le néoplasme ne fait pas corps avec lui. Lorsque l'adhérence est intimement établie, il ne faut pas hésiter à sacrifier le muscle en totalité. Faute de cette précaution on s'expose à laisser en

place des éléments infectieux qui repullulent dans la cicatrice. Sur 18 tumeurs enlevées et examinées au microscope, Heidenhain en a trouvé 12 dont l'extirpation avait été incomplète. Comme application de cette règle de conduite, Essmarch ne balança pas à désarticuler le bras dans l'impossibilité où il se voyait de procéder à un curage complet de l'aisselle ; il obtint de la sorte une guérison sans récive. Partant de ce même principe, M. E. Lauwers de Coutray, se fondant sur la constitution du réseau lymphatique de la mamelle, croit que, pour extirper totalement une tumeur même peu avancée du sein, il est indispensable d'exciser non seulement la glande mammaire, le mamelon et toute la peau qui recouvre la saillie mammaire, mais aussi l'aponévrose pectorale, tout le tissu conjonctif dans lequel cheminent les gros vaisseaux lymphatiques, le tissu cellulo-adipeux de l'aisselle avec les ganglions qu'il renferme et jusque les ganglions du creux sus-claviculaire. En d'autres termes, l'incision classique, de forme ovale, est tout à fait insuffisante ; le sein tout entier doit être enlevé et alors même que la tumeur est nettement circonscrite, il faut toujours réséquer l'aponévrose pectorale et parfois le muscle lui-même.

Ces jours derniers, M. le Dr E. Kümmer, maître de conférences à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, a résumé sous une forme attrayante (*Semaine médicale*, 27 janvier 1897), la question du pronostic et du traitement chirurgical des tumeurs malignes du sein, telle que nous la concevons maintenant. Sans apporter aucune conquête véritablement nouvelle relativement à la théorie de la diathèse cancéreuse

et de l'hérédité néoplasique, il pose en principe que la glande mammaire doit être tenue pour malade en totalité dès qu'il apparaît dans sa masse un noyau carcinomateux, aussi minime soit-il. Comme conséquence pratique, il en déduit que la plus faible particule du parenchyme glandulaire envahi par la dégénérescence maligne qu'une opération incomplète aura laissé subsister dans la plaie chirurgicale sera le point de départ d'une nouvelle repullulation.

Rotter attribue aux interventions visant à un résultat vraiment curatif la proportion moyenne de 14 pour 100 seulement de récidives contre 40 pour 100 consécutivement aux ablations demeurées partielles à dessein. Dans tous ces cas la vérification avait été faite 3 ans après l'opération dernière.

Watson-Cheyne, sur un nombre total de 1491 extirpations simples, trouve le chiffre de 14 pour 100 concernant les guérisons maintenues au moins 3 ans contre 34 guérisons analogues pour 111 interventions radicales, nous entendons suivies d'un curage aussi parfait que possible de la cavité axillaire. Sa statistique personnelle monte jusqu'à 57 pour 100 dans des conditions identiques.

Joerss sur 76 opérations complètes pratiquées par 4 chirurgiens différents arrive à la proportion peut-être optimiste de 69,7 guérisons dites définitives pour 100.

De nos jours, l'ablation de la mamelle pour des tumeurs de mauvaise nature, même accompagnée d'un large curage ganglionnaire, ne donne plus de mortalité : aussi l'opération doit-elle être universellement et systématiquement pratiquée.

VII

Tumeurs malignes de l'utérus

L'étude des résultats définitifs de l'hystérectomie pratiquée pour tumeurs malignes peut seule fixer sa valeur thérapeutique et curative. Malheureusement les chirurgiens se sont jusqu'aujourd'hui presque exclusivement occupés de ses suites simplement opératoires et la plupart des observations ont été publiées un peu prématurément dans le but principal de comparer l'hystérectomie par la voie vaginale à l'hystérectomie par la voie abdominale. La statistique de Martin qui donne le relevé de 93 hystérectomies vaginales entreprises toutes contre des tumeurs de mauvaise nature constitue l'un des documents les plus précis que nous possédions encore à cet égard. Maurice Hache en y adjoignant sa statistique personnelle comprenant 59 faits analogues a pu réunir ainsi 152 cas d'où se dégagent des enseignements significatifs sur l'évolution ultérieure du cancer utérin. Sur ces 152 opérées revues un certain temps après l'intervention, la récurrence a été constatée 71 fois.

De quelques jours à 3 mois

à 23 reprises dont 9 fois par Martin, 4 fois par Brennecke, 2 fois par Billroth, 2 fois par Staude et une fois par Tedenat, Teuffel, Tillaux, Duvelius, Richelot et Lannelongue.

De 5 à 6 mois

à 20 reprises dont 8 fois par Martin, 2 fois par Brennecke, et une fois par J. Bœckel, Bottini, Buttlehner, Demons, Kufferath, Mandillon, Pawlich, Schatz, Tedenat et Terrier.

De 6 à 9 mois

à 10 reprises dont 6 fois par Martin et une fois par Bull, Buttlehner, Demons et Schatz.

De 9 mois à un an

à 9 reprises dont 2 fois par Martin, 2 fois par Duvelius (ce dernier a observé une récurrence dans le bassin) et une fois par Blundell, Récamier, Sanger, Staude et Willets.

D'un an à 18 mois

à 8 reprises dont 3 fois par Martin, 3 fois par Ols-hausen et une fois par Marchand et Staude.

Enfin une seule fois par Martin au bout de 4 ans révolus, la récurrence s'étant faite dans l'ovaire.

Par contre 81 fois l'absence de repullulation a été vérifiée.

De un à 5 mois

5 fois. Dans 3 cas par Martin et dans un cas par Claus et Kocher.

De 5 à 6 mois

8 fois. Dans 2 cas par Martin, Tauffer et Richelot et dans un cas par Duncan et Gillette. Chez l'une des malades ayant fait l'objet de ces dernières constatations un bourgeon cancéreux développé dans la cicatrice dut être enlevé par une opération complémentaire.

De 6 à 9 mois

6 fois. Dans 2 cas par Martin et dans un cas par Bottini, Hennig, Terrier et Trélat.

De 9 mois à un an

7 fois. Dans 3 cas par Novaro, dans 2 cas par Claus et dans un cas par Mundé et Tauffer.

D'un à 2 ans

19 fois. Dans 7 cas par Martin, dans 4 cas par Brennecke, dans 2 cas par Duvelius et dans un cas par Bernays, Pozzi, Staude, Terrier, Teuffel et Trélat.

De 2 à 3 ans

23 fois. Dans 11 cas par Martin, dans 4 cas par Olshausen, dans 2 cas par Duvelius et par Schröder, et dans un cas par Buttler, Schatz, Weit et Zweifel.

De 3 à 4 ans

9 fois. Dans 7 cas par Martin et dans un cas par Dudon et Péan.

Enfin Martin a vu 3 opérées ayant survécu respectivement, la première 4 ans et 5 mois, la deuxième 5 ans et 5 mois et la dernière 5 ans et 6 mois.

Pour déterminer avec une approximation vraisemblable la répartition des survies et des récidives sur un chiffre brut de 100 malades, Maurice Hache a pris le parti de considérer toutes les femmes perdues de vue moins d'un an après l'ablation comme ayant été atteintes de repullulation immédiatement après la dernière constatation à laquelle elles ont donné matière. Pour les opérées dont la période d'observation a dépassé un an il a porté comme en pleine réci-

dive la moitié de celles dont il n'a pu avoir aucun renseignement nouveau. Il pense que les résultats établis de la sorte n'encourront pas le reproche d'optimisme, mais devront au contraire être regardés comme une interprétation sévère de sa statistique. Il trouve ainsi que sur 100 malades opérées, 23 succombent à l'intervention.

15 ont une récurrence dans les 3 mois consécutifs

13 — de 3 à 6 mois

13 — 6 mois à un an

10 — un à 2 ans

Enfin 26 sont encore bien portantes au bout de 2 ans et plus.

D'après la statistique de Martin, le cancer du corps de l'utérus donnerait au point de vue de la durée de la guérison des succès beaucoup plus remarquables que n'en donne le cancer du col. Ce chirurgien a relevé chez 14 malades suivies un temps suffisant après l'opération une seule récurrence. Les 13 survies sans repullulation dataient respectivement :

2 de 20 et 21 mois

3 de 2 ans et demi

4 de 3 ans à 3 ans et demi

3 de 4 ans à 4 ans et demi

1 de 5 ans et 10 mois.

Il a constaté en outre pour 31 cancers du col utérin 12 récurrences et 19 survies sans repullulation datant respectivement :

7 de 14 à 21 mois

7 de 2 à 3 ans

4 de 3 à 4 ans

1 de 5 ans.

Une statistique provenant de la clinique gynécologique de Berlin nous montre :

25 malades opérées par l'ablation partielle pures de toute récurrence au bout de 3 ans

11 — 4 ans

6 — 5 ans

4 — 6 ans

2 — 7 ans

4 malades traitées par l'ablation totale indemnes de toute repullulation au bout de 3 ans

et une seule au bout de 3 ans et demi

Nous trouvons par conséquent que l'hystérectomie vaginale aboutit à une guérison radicale dans la proportion de 13 pour 100. L'amputation supra-vaginale de Schröder monte à un taux un peu plus élevé, soit 14,4 pour 100.

Sur 900 malades qui ont été soignées à la clinique obstétricale de Bâle de 1873 à 1881, 99 étaient atteintes de tumeurs malignes et chez 5 d'entre elles le néoplasme occupait la vulve. Le cancer vulvaire se présenterait d'après ce dénombrement dans la proportion de 0,5 pour 100 par rapport aux affections gynécologiques en général et de 5 pour 100 environ relativement aux tumeurs cancéreuses des organes génitaux de la femme. Choisisant parmi les cas de cette dernière affection les guérisons les plus dignes de mémoire, nous ne pourrions mentionner que les trois suivantes :

Femme âgée de 36 ans. Deux ulcérations siégeant à la face interne de la grande lèvre droite, l'inférieure ovale, superficielle, avec quelques granulations à son centre, à bords durs et inégaux, et d'une dimension

de 3 centimètres sur un l c. 5 ; la supérieure plus étendue a détruit la partie la plus élevée de la nymphé du côté droit et envoie des traînées profondes vers le pli inguinal et vers la symphyse. Sensibilité à la pression se prolongeant sur le trajet du ligament rond. Infiltration autour des ulcérations. Secrétion fétide. Bon état général. Le début de l'affection remonte à deux ans. Opération le 9 octobre 1880 avec le couteau galvano-caustique. Guérison rapide. Absence de récurrence constatée plusieurs années après.

Femme âgée de 34 ans. Début il y a 8 mois. Tumeur bosselée, ulcérée, occupant les deux petites lèvres et le clitoris. Pas d'infiltration des ganglions inguinaux. Ablation avec l'anse galvano-caustique le 11 juillet 1877 ; la plaie très étendue est réduite par des sutures. Guérison par granulation. Nature maligne des tumeurs prouvée par l'examen microscopique. Le 1^{er} février 1879 l'opérée ne présentait pas trace de récurrence.

Femme âgée de 64 ans. Ulcération d'aspect lardacé, de la largeur d'une pièce d'un franc, à bords nets et rouges, siégeant immédiatement en arrière de la commissure postérieure. Un ganglion engorgé du côté gauche. Ablation le 28 mai 1879 et cautérisation avec le galvano-cautère. Le 4 février 1882 il n'y avait pas de récurrence.

Dans une première série comprenant jusqu'à 1888 17 hystérectomies totales par la voie vaginale, M. Terrier compte seulement 10 malades chez lesquelles l'intervention opératoire a paru outrepasser suffisamment les limites tangibles du néoplasme. De ces 10 opérées, 2 étaient encore bien portantes et sans trace de récurrence au bout de 6 ans et 4 mois pour

l'une et de 5 ans et 4 mois pour l'autre. La récidive a fait son apparition chez les 8 autres dans un intervalle de temps très variable: un mois et demi, 3 mois, 3 mois et demi, 4 mois, 6 mois, un an et 4 mois et 2 ans. La survie a été de 3 mois et demi, 7 mois et dix jours, 7 mois et demi, 11 mois et demi, un an et un mois et demi, un an et 8 mois et demi, un an et 9 mois, enfin 4 ans et 8 mois.

Dans une deuxième série comprenant également depuis 1888 jusqu'en 1891 17 hystérectomies vaginales totales, 7 opérations ont été forcément partielles par suite de l'étendue du cancer. Sur les 10 malades qui ont fait l'objet d'une ablation intégrale au moins en apparence, une n'a pu être suivie. Des 9 qui restaient, 5 étaient encore bien portantes au mois de janvier 1892 dont 3 étaient certainement pures de toute repullulation depuis respectivement 3 ans et 3 mois, 2 ans et 7 mois et 2 ans et 8 mois. Deux autres se disant en bonne santé et n'éprouvant aucun symptôme alarmant présentaient cependant au toucher à côté de la cicatrice vaginale un petit noyau induré de nature suspecte ; elles étaient opérées l'une depuis 3 ans et 5 mois et l'autre depuis 10 mois seulement. De ces observations M. Terrier déduit les conclusions suivantes : l'hystérectomie vaginale totale donne encore aujourd'hui une mortalité approximative de 23 pour 100 et sa gravité n'est pas sensiblement accrue soit qu'elle soit pratiquée dans un but simplement palliatif, soit qu'elle se propose une extirpation radicale de la tumeur. La récidive est très fréquente dans 70 pour 100 des cas. Le plus souvent elle se montre rapidement, rarement de un an et demi à 2 ans et

davantage ; 30 pour 100 des femmes ainsi traitées semblent définitivement guéries lors même que la nature essentiellement maligne de la tumeur a été démontrée cliniquement et histologiquement.

Sænger a publié en 1883 une statistique très détaillée dont nous n'avons pu avoir qu'un résumé succinct. Il trouve sur 133 ablations totales 38 morts post-opératoires, soit 28,6 pour 100 et 95 guérisons temporaires, soit 71,4 pour 100. Plus récemment il a revu en parfaite santé deux femmes chez lesquelles il avait dû enlever 4 ans auparavant (en septembre et novembre 1883) l'utérus en totalité pour un cancer assez étendu.

Depuis la publication de cette statistique un assez grand nombre d'opérations semblables ont été faites surtout en Allemagne et en Italie. Il est à supposer que la proportion des succès deviendra de plus en plus forte car la technique opératoire se perfectionne chaque jour et les indications sont mieux remplies. Le cancer de l'utérus plus encore que beaucoup d'autres régions a une tendance déplorable à la récurrence. Comme conséquence les résultats éloignés de l'extirpation totale sont souvent peu encourageants d'autant plus que l'intervention est fréquemment tardive et que la disposition anatomique de la région intéressée rend difficile et parfois irréalisable une large ablation du mal. Il est impossible à l'heure présente de dresser une statistique générale indiquant pour un nombre suffisamment élevé d'opérations la durée de la guérison ou du moins le temps écoulé entre l'extirpation et l'apparition de la récurrence. Dans beaucoup d'observations en effet cette donnée importante ne nous est

pas fournie. Il est universellement admis cependant que le plus ordinairement la repullulation se manifeste en moyenne dans les 4 ou 5 mois qui suivent l'opération et entraîne la mort d'un an à 14 mois. Billroth et Teuffel ont cité des récidives se produisant 6 et même 4 semaines après l'intervention. La repullulation a lieu tantôt dans la cicatrice, tantôt, et ce serait même là d'après Schröder le cas le plus habituel, dans le tissu conjonctif pelvien. Les tentatives faites pour extirper les noyaux cancéreux secondaires n'ont donné que très peu de succès durables.

Si la plupart des chirurgiens n'hésitent pas à conseiller et à faire de larges ablations pour les tumeurs malignes du sein, beaucoup ne suivent plus la même ligne de conduite quand ils se trouvent en présence d'une néoformation de l'utérus. Aussi l'on a essayé d'opposer la simple amputation du col par la voie vaginale à l'ablation complète de l'utérus dans le cas de tumeurs malignes. Mais ce parallèle entre deux opérations foncièrement différentes ne se maintient pas par la raison qu'elles s'appliquent l'une et l'autre à des cas bien distincts et que chacune répond à des indications nettement déterminées. Barker a proposé d'ériger en méthode systématique de traitement chirurgical des cancers utérins un procédé qu'il nomme haute amputation et qui consiste à enlever par la voie vaginale la totalité du col et la moitié inférieure au moins du corps de l'utérus. Sur 10 opérations ainsi menées à bonne fin il n'a pas eu un seul décès consécutif à l'intervention et 5 de ses malades n'ont pas été frappées de récidive durant respectivement 4 ans, 4 ans et 8 mois, 5 ans et 3 mois, 6 ans et 2 mois et enfin 8 ans.

Jusqu'à 1884, M. Demons, de Bordeaux, avait pratiqué 9 hystérectomies vaginales totales à la suite desquelles 3 des malades opérées sont mortes de péritonite, 3 ont été emportées par une récurrence survenant de quelques mois à un an et 3 autres ont survécu sans repullulation 6, 15 et 18 mois.

Schüleïn a pratiqué jusqu'en 1895 28 hystérectomies vaginales totales pour tumeurs malignes de l'utérus, autant que possible avant tout envahissement des ligaments larges. Une seule malade succomba 18 mois après l'intervention par suite d'un cancer secondaire dans les os du bassin et du rachis. Les 27 autres opérées étaient encore en parfaite santé dans le courant d'avril 1895 ; la plus ancienne ablation remontait à 9 ans.

En 1891 M. Richelot exposa à la Société de chirurgie les résultats éloignés qu'il avait obtenus par l'hystérectomie vaginale totale ; ils sont relativement heureux. Sur 7 femmes qu'il a opérées depuis 1886 jusqu'en 1891, 3 étaient encore en vie au mois d'octobre 1891. L'une avait subi l'hystérectomie vaginale totale depuis 5 ans et un mois ; la deuxième depuis 4 ans et 11 mois et la dernière depuis 4 ans et 5 mois. Aucune de ces trois malades ne présentait la plus légère menace de récurrence.

La même année, M. Bouilly avait communiqué à la Société de chirurgie les observations de trois malades guéries d'un cancer de l'utérus, sans la moindre récurrence, depuis un espace de temps variant de 3 à 4 ans.

À la même époque, M. Segond ne pouvait encore trouver dans sa statistique particulière qu'une seule

femme affectée de cancer utérin, traitée par l'hystérectomie vaginale totale et ne portant aucune nouvelle atteinte depuis trois ans.

M. Schwartz a cité une malade amputée du col de l'utérus, au moyen du thermo-cautère, en 1885, pour un épithéliôme lobulé et qu'il a revue 6 ans plus tard, exempte de toute récurrence, après avoir été obligé cependant, trois mois après l'opération première, d'exciser un noyau secondaire qui était apparu dans la cicatrice. D'autre part, il a retrouvé, sans nulle repopulation, une jeune femme à laquelle il avait fait l'ablation du col utérin 4 ans auparavant (en 1884).

Par contre, Verneuil, ayant opéré jusqu'en 1884 17 malades pour des tumeurs malignes du corps de l'utérus, n'a pu compter que 3 faits de guérison authentique, remontant respectivement à 5, 6 et 7 ans, deux autres de ses malades ayant été perdues de vue après 3 ans. Cette infériorité manifeste tient certainement à la méthode opératoire employée, l'hystérectomie vaginale partielle. Sur 21 amputations du col utérin, il a obtenu dans 12 cas une survie variant de 18 mois à 7 ans. En revanche, il a rapporté deux exemples fort dignes de remarque, concernant des épithéliômes du col de l'utérus. Dans l'un, la malade opérée par l'écraseur linéaire, en 1869, n'avait pas encore de récurrence en 1891; dans l'autre, il s'agissait d'une femme opérée depuis 8 ans, et dont l'état général aussi bien que local était demeuré satisfaisant.

Sur 5 femmes opérées d'un cancer du corps de l'utérus, Trélat, de son côté, n'en a rencontré qu'une qui fût indemne de toute récurrence au bout de 7 ans et 4 mois.

M. Troisier compte dans sa statistique personnelle 5 opérées n'ayant pas accusé de récurrence de plus de 3 ans.

Kœberlé a fait, en 1879, l'hystérectomie totale par la voie abdominale, pour un cas d'épithéliôme de la cavité utérine, traité d'abord inutilement par le râclage et les cautérisations à plusieurs reprises. Son opérée était encore très bien portante en 1886.

M. Marchand a rapporté trois exemples de guérison de tumeurs malignes du corps de l'utérus, le premier datant de 8 ans, un autre de 7 ans et le dernier de 5 ans ; la nature épithéliale du néoplasme avait été prouvée par l'examen anatomo-pathologique. Dans un cas de cancer du col utérin, qu'il traita par l'ablation avec l'écraseur linéaire, il a eu la satisfaction de revoir son opérée en bonne santé 4 ans plus tard. De 1878 à 1888, il a eu occasion de pratiquer 18 hystérectomies vaginales partielles, qui lui ont donné une guérison remontant à 7 ans, une autre à 5 ans et une dernière à 3 ans et 11 mois.

Carl Braun, sur 123 malades, cite 2 opérées qui n'avaient aucune récurrence 12 ans après l'extirpation et une autre demeurée indemne pendant 19 ans et demi.

Les tableaux d'Hoffmeier démontrent qu'après 3 ans sur 49 cas suivis d'intervention, il y avait encore 23 femmes sans récurrence, dont 11 étaient guéries depuis 4 ans, 6 depuis 5 ans, 4 depuis 6 ans et enfin 2 depuis 7 ans.

La statistique de Pawlick est plus convaincante encore. Sur 136 amputations du col utérin pour tumeurs malignes, cet auteur affirme que la récurrence n'était pas survenue au bout de 3 ans dans 5 cas, au

bout de 4 ans dans 2 cas, au bout de 5 ans dans 3 cas, au bout de 7 ans dans 3 cas, au bout de 8 ans dans un cas, au bout de 12 ans dans 2 cas, enfin chez une dernière opérée après 19 ans.

M. Terrillon cite 2 femmes qu'il a opérées, dont l'une n'a vu le cancer repulluler que 3 ans et demi après l'intervention, et dont l'autre ne présentait pas de récurrence au bout de 5 ans et demi ; dans ces deux cas, l'examen fait au microscope a prouvé qu'il s'agissait d'un épithéliôme.

Une malade de M. Labbé traitée en 1872 par l'amputation, pour un épithéliôme, du col utérin vivait encore en 1884.

Schröder, sur 22.200 malades examinées de 1870 à 1884, a trouvé 511 cancers utérins pour lesquels il a été appelé à intervenir 179 fois. Il ne peut citer que quelques rares exemples d'une survie de 5 ans. Sur 19 malades affectées de carcinômes du col de l'utérus qu'il a traitées par l'hystérectomie vaginale totale, 2 seulement n'avaient pas été atteintes de récurrence, l'une étant opérée depuis 3 ans et l'autre depuis 4 ans. Sur 85 carcinômes de la portion vaginale du col, 4 ont pu être considérés comme définitivement guéris, l'opération remontant au-delà de 4 ans.

Si nous comparons entre elles deux statistiques fort importantes par leur étendue, et qui tirent un intérêt tout spécial de leur communauté d'origine, toutes deux appartenant, en effet, à Schröder, nous constaterons que l'hystérectomie vaginale totale et l'hystérectomie vaginale partielle lui ont fourni des résultats franchement opposés. Ce chirurgien a pratiqué, jusqu'en 1884, 74 fois l'extirpation totale et 105

fois l'ablation partielle de l'utérus, par la voie vaginale, pour des tumeurs malignes. Les 74 interventions radicales se sont terminées 8 fois par une mort immédiate. Malheureusement la récurrence s'est montrée très fréquente, et n'a fait son apparition, au bout de 2 et 3 ans, que dans de très rares cas. Il est juste de tenir compte de ce qu'un nombre appréciable de malades n'ont plus reparu. En somme, fort peu de femmes sont restées absolument indemnes de repululation. Un an après l'opération, 63 pour 100 des malades traitées par l'hystérectomie totale étaient encore sans récurrence, tandis qu'il ne comptait plus que 51 pour 100 des malades ayant subi l'hystérectomie partielle demeurées indemnes. Mais cet avantage en faveur de l'extirpation complète ne se maintient pas, et au bout de 2 ans, il trouve que 46 pour 100 des malades traitées par l'hystérectomie partielle sont pures de toute récurrence, tandis qu'il n'en existe plus que 24 pour 100 parmi les malades ayant subi l'hystérectomie totale. Après 3 ans, il y a encore 42 pour 100 de malades traitées par l'hystérectomie partielle contre 21 pour 100 seulement de malades ayant subi l'hystérectomie totale. Enfin, au bout de 4 à 5 ans, 41 pour 100 des malades traitées par l'hystérectomie partielle survivent, alors qu'il ne subsiste presque aucune femme opérée par l'hystérectomie totale. Nous ferons, pour expliquer cette singularité plus apparente que réelle, la même remarque que nous avons eu occasion d'émettre à propos des tumeurs malignes de la mamelle. Nous nous rendrons compte de cette contradiction, par cette simple réflexion, que Schröder avait évidemment réservé l'hystérectomie totale pour les

cas les plus graves, ceux dans lesquels la tumeur était le plus étendue, et où, par suite, la récurrence avait le plus de chances de se produire.

Sur 66 malades portant un cancer utérin et ayant subi l'extirpation complète de l'organe, Martin ne pouvait compter que 2 femmes ayant dépassé la sixième année après l'opération.

Fritsch a constaté, sur 60 hystérectomies totales pratiquées pour tumeurs malignes de l'utérus, seulement deux absences de récurrences vérifiées trois ans après l'opération. Les deux malades, qui font le sujet de ces observations, peuvent, d'après lui, être considérées comme certainement guéries. Malgré cette statistique peu brillante, il estime qu'après l'ablation complète d'un utérus cancéreux, les repullulations sont plus rares qu'à la suite de l'extirpation d'un cancer de toute autre région.

Flaischlen a publié, en 1890, sa statistique personnelle, qu'il a jointe à celle de P. Ruge. Elle comprend 20 hystérectomies vaginales totales et 2 amputations supra-vaginales du col. Les 20 hystérectomies ont donné 7 morts, par récurrence, dans le cours de l'année même où fut tentée l'opération, et 4 cas sans récurrence au bout de 5 ans et 3 mois, 3 ans et 9 mois, 3 ans et 2 mois et 3 ans et un mois. A deux reprises, il avait trouvé dans le corps de l'utérus des noyaux cancéreux indépendants du néoplasme du col. Les deux amputations supra-vaginales ont fourni une survie de 4 ans et 4 mois, et un décès par récurrence après 2 ans et demi de bonne santé.

De 1882 à 1891 Gusserow a pratiqué 67 extirpations de l'utérus pour sarcome ou carcinome. Dans 4 cas il

se décida pour l'opération de Breisky-Freund (laparotomie précédée de la section vaginale des culs-de-sac péritoneaux). Une seule femme survécut à cette dernière intervention et put être considérée comme définitivement guérie, car aucune récurrence ne menaçait encore au bout de 5 ans et 4 mois. Dans tous les autres cas il se borna à l'hystérectomie vaginale simple ; 4 de ses malades ont pu être tenues pour guéries radicalement, une depuis 8 ans, une autre depuis 4 ans et demi et 2 depuis 3 ans.

Ajoutons que le bénéfice réel des interventions dirigées contre la dégénérescence sarcômateuse de la muqueuse utérine n'est pas encore établi d'une façon certaine au point de vue de la durée de la guérison et du retard de la récurrence. Cependant il paraît indéniable dans certaines circonstances notamment dans un cas cité par Winckel où la guérison se maintenait encore sans récurrence après 3 ans et plus.

Pour montrer combien il faut être réservé dans l'appréciation de la guérison des cancers utérins, Fränkel a publié en 1890 l'observation d'une tumeur maligne dont la repullulation s'est fait attendre 8 ans après l'amputation sus-vaginale du col.

Grünwald est persuadé que la plupart des insuccès consécutifs aux opérations essayées pour l'ablation des tumeurs malignes, tant du col que du corps même de l'utérus et en particulier des épithéliômes sont dus non à une incurabilité essentielle de la maladie, mais aux défauts tenant à l'extirpation et le vice primordial de toute intervention de ce genre consiste en ce que la section ne porte pas entièrement sur les tissus sains. Il discute à ce sujet la valeur respective des dif-

férents procédés opératoires et déclare que la supériorité appartient à l'excision à l'aide du lacet galvano-caustique. Tel est aussi l'avis de MM. Polaillon et Labbé à l'encontre de Schröder qui a renoncé à l'emploi des caustiques et du thermo-cautère pour se servir uniquement du bistouri.

Cependant la guérison radicale est obtenue très rarement après une première amputation, mais beaucoup plus souvent à la suite d'une seconde. Ainsi sur 47 cas de tumeurs malignes du col utérin et du vagin opérées par Grünewald au moyen du lacet galvano-caustique, 2 malades seulement n'ont eu aucune récurrence consécutivement à une première opération (constatation faite dans un cas 5 ans et dans l'autre 10 ans après l'extirpation du col). 9 autres malades n'avaient pas encore de repullulation 3 ans après la deuxième intervention.

VIII

Tumeurs malignes de l'ovaire

Comme complément à l'étude des résultats durables que l'on doit au traitement opératoire des cancers utérins, nous croyons utile de citer quelques exemples de guérisons prolongées obtenues à la suite de l'extraction des ovaires dans le cas de tumeurs malignes de ces organes.

Pendant une période de 9 années, du 5 août 1876 au 5 août 1885, il a été fait à la clinique de Schröder 100 ovariectomies pour tumeurs de mauvaise nature. Le nombre total des ovariectomies dans ce même temps a été de 600. Sur les 100 tumeurs malignes, 86 ont pu être enlevées et 14 fois on a dû s'arrêter après avoir pratiqué une laparotomie exploratrice. C'est en tirant parti de ces faits que Cohn s'est proposé de juger la question du pronostic des opérations tentées dans le cas de cancer de l'ovaire. Ce pronostic a été d'après lui beaucoup trop assombri.

Les tumeurs malignes de l'ovaire comprennent 4 variétés :

2 variétés de tumeurs solides présentant parfois des poches kystiques par ramollissement, le sarcome dont on a compté 10 exemples sur 86 tumeurs malignes dans le service de Schröder et le carcinôme pur représenté dans 11 cas sur 86.

Et 2 variétés de tumeurs liquides, le kyste glandulaire proliférant avec dégénérescence carcinomateuse dont on a compté 14 cas sur 86 et le kyste papillaire,

38 pour 86. Cohn considère ce dernier comme étant de mauvaise nature.

A ces différentes variétés il faut joindre les kystes dermoïdes compliqués de dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse, 3 cas et les myxômes, 3 cas également.

Si nous examinons maintenant le résultat final des 100 ovariectomies, nous trouvons 20 morts à la suite de l'opération dont 7 de septicémie, une d'hémorragie tardive, 5 de choc, 5 de marasme et 2 de récurrence rapide. Des 86 femmes dont on a pu extirper la tumeur, 16 sont mortes de récurrence. Les néoplasmes qui ont amené la mort de ces dernières comprenaient : 2 sarcomes, 3 carcinomes, 2 kystes dermoïdes avec dégénérescence carcinomateuse, 1 myxôme, 4 kystes glandulaires carcinomateux et 4 kystes papillaires. Les sarcomes ont présenté la plus longue accalmie avant la récurrence et les papillomes la plus courte. Le plus bel exemple de survie prolongée est une femme opérée en janvier 1871 par Martin et dont la nature maligne de la tumeur avait été reconnue par le professeur Virchow. Cette personne a joui après l'intervention de 10 années de santé parfaite et la récurrence à laquelle elle a succombé en novembre 1880 ne doit pas d'après Cohn être regardée comme une simple repullulation, mais comme un nouveau carcinome. Nous ne saurions approuver cette manière d'interpréter les faits. Les plus longues durées de survie sans récurrence observées jusqu'en 1886 comprenaient : 4 ans et demi (kyste dermoïde sarcomateux), 4 ans (sarcome), 4 ans (kyste papillaire suspect) et 3 ans (kyste glandulaire carcinomateux).

IX

Tumeurs malignes de la langue

Au dix-septième congrès de la Société allemande de chirurgie en 1889, Krause (de Halle) a présenté trois malades qui depuis plus de 4 ans survivaient sans récurrence à l'ablation d'un cancer de la langue et que son assistant Volkmann avait opérés par le procédé de Langenbeck. Sur 31 interventions de ce genre il ne pouvait citer aucun autre exemple de guérison maintenue aussi longtemps.

E. Hahn (de Berlin) pense qu'il faut attendre bien des années avant de proclamer définitive la guérison d'une tumeur maligne de la langue. Il a suivi pendant 9 ans un homme à qui il avait enlevé le larynx pour un cancer étendu et chez lequel survint une récurrence dans la langue au cours de la dixième année. Schede (de Hambourg) croit que le cancer de la langue est l'un des plus malins et des plus rebelles. Cependant Verneuil admettait la possibilité et même la réalité de la cure radicale du cancer de la langue.

De 1880 à 1889 Schede en a observé 27 cas dont 6 étaient inopérables. Des 21 malades opérés, 12 ont guéri momentanément, mais 4 sont morts de récurrence de 2 à 15 mois après l'ablation, un cinquième a succombé à une opération complémentaire, 5 peuvent être considérés comme définitivement guéris dont un depuis 1880. Ce dernier avait déjà subi deux extirpations antérieures et en 1884 on fut obligé de lui enle-

ver des ganglions pris secondairement. Les autres malades étaient opérés respectivement depuis 1883, 1884, 1885 et 1887.

Petersen (de Kiel) a vu la récurrence se produire 9 ans après l'ablation première d'un cancer de la langue.

Essmarch (de Kiel également) a rapporté une survie de 20 ans consécutive à l'extirpation d'une tumeur maligne occupant la langue et l'épiglotte.

Kuster (de Berlin) sur 26 ablations de cancers de la langue compte 4 malades restés indemnes de toute récurrence pendant plus de 3 ans et un depuis 10 ans. Les opérations dirigées contre les repullulations peuvent elles aussi donner des résultats durables quoiqu'elles aient moins de chances de succès que celles qui s'attaquent aux manifestations primitives du néoplasme.

Bergmann (de Berlin) relate deux guérisons datant de 2 et 3 ans et dont l'une a trait à un cas où les ganglions cervicaux étaient déjà engorgés. Il cite un homme et une femme qui ont subi l'ablation de la moitié du larynx depuis respectivement 3 et 4 ans et qui n'ont pas présenté la moindre récurrence.

Koerte (de Berlin) a rapporté l'exemple d'un homme de 56 ans qui fut opéré le 2 juillet 1884 par l'extirpation du voile du palais et de l'amygdale gauche pour une tumeur maligne. Le 13 octobre suivant et au mois de mai 1885 l'on dut enlever des ganglions envahis. Depuis lors aucune repullulation ne se manifesta jusqu'à 1889. Le microscope démontra que l'on avait affaire à un épithéliome pavimenteux.

Sur 5 malades chez lesquels Kocher a pratiqué la pharyngotomie partielle, un seul est mort de pneu-

monie septique, chez un autre la guérison s'est maintenue définitivement ; les trois derniers n'ont joui d'une tranquillité complète que pendant 3 années au bout desquelles la récurrence a fait son apparition et n'a pas tardé à donner lieu à l'infection généralisée. Le même chirurgien a eu occasion d'extirper une fois la langue tout entière et plusieurs fois les deux tiers ou les trois quarts antérieurs de cet organe pour tumeurs malignes. Sur un total de 14 opérations, il n'a eu à déplorer qu'une mort consécutive à l'intervention et due à une hémorragie secondaire. Des 13 autres opérés, 8 furent affectés de récurrences et 5 purent être tenus pour définitivement guéris. Aucun des malades chez lesquels la récurrence est survenue soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions sous-maxillaires n'a survécu plus d'un an à l'ablation. Des 5 opérés soi-disant radicalement guéris, l'un est mort au bout d'un an des suites d'une pneumonie, les 4 autres ont été revus indemnes respectivement 14 mois, 5 ans, 6 ans et 6 ans et demi après l'extirpation. Mais remarquons que chez tous ces malades l'opération avait été pratiquée à une période relativement peu avancée et antérieurement à tout envahissement au moins appréciable des ganglions sous-maxillaires.

Trélat a rapporté le fait de 14 malades porteurs de cancers de la langue qu'il a vus en consultation avec Gosselin et Verneuil et qu'il a opérés en 1872, 1874 et 1875, ces malades sont restés absolument guéris pendant au moins 5, 6 et 8 ans au bout desquels ils ont été perdus de vue. Dans tous ces cas le diagnostic histologique avait été fait.

M. Le Dentu opéra en août 1876 un sujet portant un

fongus cancéreux occupant toute la moitié latérale droite de la langue et ne laissant intacts que 1 c. en avant et 2 à 3 c. en arrière. M. Fournier l'avait traité sans succès par une médication antisyphilitique. L'ablation fut faite par la bouche au moyen du thermo-cautère; le malade demeura complètement guéri plus de 4 ans après lesquels on perdit ses traces. L'examen histologique, il est vrai, ne fut pas pratiqué.

M. Poncet opéra avec l'écraseur linéaire un malade portant un cancer de la langue, la première intervention ayant laissé subsister une faible portion de la tumeur, on dut l'enlever au galvano-cautère. M. Poncet put le suivre pendant 3 ans et constater que la guérison se maintenait parfaite.

M. Quénu a présenté à la Société de chirurgie en 1892 un malade auquel il avait fait 4 ans auparavant l'amputation simultanée de la langue et du plancher de la bouche suivant le procédé de Verneuil pour un cancer qui avait déjà envahi les ganglions sous-maxillaires. Cet homme est resté parfaitement guéri.

En même temps M. Jalaguier a communiqué à cette assemblée l'observation d'un sujet de tout point semblable à celui de M. Quénu. Il s'agissait d'un homme âgé de 68 ans opéré pour un cancer de la langue. Le 6 août 1888, M. Jalaguier pratiqua chez ce malade l'ablation de la langue en totalité, du plancher de la bouche, de la glande sous-maxillaire et même du maxillaire inférieur. La guérison se maintint très satisfaisante.

Ces deux chirurgiens s'accordaient à reconnaître que dans de pareils cas il n'y a pas lieu de craindre que la récurrence se déclare dans le moignon, mais

plutôt dans les ganglions. Ces derniers succès tiennent certainement à ce fait que les ganglions dégénérés étaient entièrement compris dans le champ opératoire, ce qui a facilité leur énucléation.

M. Perrin eut occasion de faire l'ablation de la pointe de la langue pour un commencement d'épithéliôme. Son malade observé durant 3 ans n'offrit pas la plus légère menace de repullulation.

M. Terrillon enleva à l'aide du thermo-cautère une petite tumeur siégeant sur le bord gauche de la langue chez une femme de 32 ans et contre laquelle il avait en vain essayé un traitement mercuriel, la guérison persista au moins 3 ans. L'examen histologique avait malheureusement été impossible.

Verneuil a cité l'observation d'un malade atteint d'épithéliôme de la langue, opéré au thermo-cautère et demeuré indemne plus de 4 ans.

M. Guyon a également rapporté le fait d'un homme guéri depuis 4 ans d'un épithéliôme de la langue.

Sur 10 amputations de la langue pour cancer pratiquées par M. J. Bœckel une seule a donné lieu à une survie de 8 ans. Deux laryngectomies ont donné une mort opératoire et une guérison ayant persisté 8 ans.

Sur 5 cas de cancers de la langue que M. Delens a traités par la ligature élastique, un malade opéré en septembre 1876 était encore bien portant en novembre 1880.

L'ablation de la langue pour tumeurs malignes a donné à Billroth une proportion de guérisons radicales de 17 pour 100.

Ces résultats favorables ne peuvent être obtenus qu'autant que la muqueuse avoisinant la tumeur est

encore saine et qu'il n'y a pas de ganglions envahis.

Jusqu'à présent l'ablation totale est le seul moyen d'essayer de triompher du cancer du larynx et il semble que quelques cas soient justiciables du traitement chirurgical. La statistique en ce moment encore est loin d'être brillante. M. Demons (de Bordeaux) a pratiqué 2 fois la laryngectomie jusqu'en 1888. Dans le premier cas le cancer atteignait la base de la langue et il y avait en outre une adénopathie prononcée. Neuf mois se passèrent dans une guérison apparente, puis la récurrence se déclara dans la base de la langue. Le second malade portait une tumeur maligne paraissant bien limitée à la cavité du larynx. Après trachéotomie préalable, la thyrotomie médiane confirma le diagnostic. La guérison eut lieu sans incident. Dix mois après la santé était très satisfaisante et rien ne décelait la moindre trace de récurrence. L'examen histologique avait prouvé la nature maligne de la tumeur. Ces résultats ne nous permettent de rien préjuger pour ou contre la cure radicale.

X

Tumeurs malignes du rectum

La question de l'intervention chirurgicale dans le cancer du rectum, est restée longtemps indécise. Le but que nous nous proposons est d'obtenir, autant que possible, la cure radicale. En principe, nous devons la considérer comme réalisable, car une étude anatomo-pathologique attentive des cancers du rectum à leur début, nous montre qu'il s'agit toujours d'une affection primitivement locale. Une opération précoce aura donc les meilleures chances d'aboutir à une guérison définitive. Aussi, est-il superflu de chercher à opposer la colotomie à l'extirpation. Si cette dernière fait courir aux malades des risques beaucoup plus sérieux, en revanche elle peut seule prétendre à un résultat vraiment curatif. Lorsque nous consultons les statistiques des résections rectales pour tumeurs malignes, nous sommes frappés de la presque constance des récidives. Sur 72 observations qu'il a recueillies, Iversen de Copenhague note 42 récidives locales ayant amené la mort à bref délai, sans compter les opérés encore en vie, mais en proie à la repullation. Pour éviter la récidive sur place, il faudra enlever très largement le néoplasme, et avec lui, tout le tissu conjonctivo-adipeux qui entoure l'intestin ainsi que les ganglions lymphatiques et les vaisseaux y afférents. Par malheur, cette pratique excellente à l'origine,

alors que l'état général des malades est encore satisfaisant, n'est à peu près jamais mise en œuvre au temps d'élection, parce que les sujets, à cette période initiale, ne ressentent aucun symptôme objectif et ne songent pas à s'adresser au chirurgien. Plus tard, la résection comporte un pronostic d'une haute gravité et s'accompagne à peu près fatalement de récidence à courte échéance.

C'est de l'étranger que nous viennent les statistiques les plus étendues, relativement à la résection du rectum pour tumeurs malignes. Nous en trouvons 4 avec des chiffres assez élevés dans un article de Franks (*Dublin Journ. of. med. scien.*, tome LXXXIII). A la suite de l'amputation du rectum, dit-il, les anciens chirurgiens avaient 30 pour 100 de mortalité opératoire. S. W. Gross (de Philadelphie) fixe cette même mortalité à 20 pour 100 sur un total de 193 cas. B. Ball l'évalue à 16 pour 100 sur 175 faits. H. Cripps la porte à 17 pour 100 sur 76 cas, dont 23 lui sont personnels. Enfin sur 43 cancers du rectum observés par Czerny à la clinique d'Heidelberg, 25 seulement furent jugés inopérables, et les autres donnèrent un décès post-opératoire.

Passons à ce qu'il nous importe surtout de connaître, les résultats plus ou moins lointains. Czerny a pratiqué 18 fois l'opération de Kraske pour des cancers de la partie inférieure du tube digestif. Dans quelques rares cas les récurrences se sont fait attendre longtemps après l'ablation. Czerny en a observé survenant après 2 ans. Les deux formes de tumeurs malignes qui paraissent se prêter le plus avantageusement à l'extirpation sont : le cancer glandulaire qui est très rare, et le squirrhe

annulaire que l'on rencontre beaucoup plus fréquemment.

M. Kelsey (de New-York) a compulsé 140 cas d'extirpation du rectum pour tumeurs malignes pratiquées jusqu'en 1880. La mort est survenue 22 fois par le fait même de l'intervention. A cette époque, on ne comptait encore que 6 exemples de cure permanente du cancer rectal, dont 3 étaient dûs à Volkmann, 2 à Velpeau et un à March d'Albany. Dans un des cas de Volkmann, le malade a survécu 11 ans à une première opération et a été atteint ultérieurement de 2 récidives pour lesquelles il a subi 2 excisions nouvelles. Les guérisons purement temporaires, nous voulons dire constatées au bout de 3 ans, sont plus nombreuses, néanmoins leur proportion ne dépasserait pas 22 pour 100. L'étendue du néoplasme est fort à prendre en considération pour fixer le pronostic. En effet, dans 8 des cas rapportés par Kelsey et où la mort fut imputable à la péritonite septique, la lésion remontait plus haut que le cul-de-sac du péritoine. Mais comme les limites de la séreuse péritonéale sont très variables, suivant les sujets, cet auteur conseille de n'opérer qu'autant qu'un doigt de grosseur moyenne peut atteindre facilement l'extrémité supérieure du cancer. C'est là une indication fort peu scientifique.

De 1878 à 1881 Kœberlé a pratiqué 4 fois la résection du rectum pour tumeur épithéliale circonscrite aux tuniques de l'intestin. Une seule femme parmi les malades traités, a pu être suivie pendant 3 ans, et trouvée indemne de récidive ; d'ailleurs cette femme, dont la mère était morte d'un cancer, fut atteinte dans le courant de la quatrième année, après

l'opération, d'une tumeur maligne de l'utérus, à laquelle elle succomba, mais l'intestin et la cicatrice ano-rectale restèrent complètement étrangers au néoplasme secondaire.

Kocher a enlevé 10 fois le rectum pour des cancers de cette région. Sur ces 10 opérations, il compte 4 morts immédiates, 4 guérisons d'un an et 2 récidives rapides.

Volkman a montré que l'excision du rectum ne pouvait aboutir à une guérison véritablement définitive, que de longues années après la cicatrisation post-opératoire, car il a vu se produire une récidive au bout de 6 ans d'accalmie.

De 1881 à 1888, Krœnlein, de Zurich, a fait l'ablation de 34 cancers du rectum, dont une fois, chez un vieillard de 70 ans qui était encore en parfaite santé 3 ans après l'extirpation.

La résection du rectum pour cause de tumeurs malignes a fourni à Rose 12,4 guérisons définitives pour 100.

Sur 29 opérations de cancer du rectum, Hildebrand, assistant de Kœnig, ne trouve que 3 survies sans récidive dont une datant de 5 ans et les deux autres de 4 ans. Il estime que 10 pour 100 des malades, opérés de cancer du rectum, sont restés plus de 3 ans sans récidive.

M. Harrison Cripps, sur 3 cas de tumeurs malignes du rectum vérifiées par l'examen microscopique, et traitées par l'excision de la partie inférieure de l'intestin, a obtenu chez deux malades un soulagement temporaire, la troisième malade, une femme de 40

ans, opérée en juillet 1880, ne présentait aucune menace de récurrence en 1884.

Krause a pu présenter à la Société allemande de chirurgie 3 sujets auxquels un cancer du rectum avait été enlevé depuis 6, 8 et 9 ans avec ouverture large du péritoine, et dont l'état général et local était demeuré satisfaisant. Il a constaté la même intégrité chez 3 autres malades opérés par le même procédé et restés indemnes depuis 6 ans.

Bergmann a extirpé le rectum à 5 sujets atteints de cancer de cet organe. Dans un intervalle de temps variant de 2 à 5 ans, ces malades n'ont pas présenté le plus léger indice de récurrence.

Sur 16 ablations de la région ano-rectale, M. J. Böckel a constaté une récurrence après 11 ans, une après 6 ans et 3 absences de récurrence s'étant prolongées plus de 3 ans.

S. W. Gross pose, comme certains, les chiffres suivants : sur 154 survivants à l'intervention, 51 eurent une récurrence locale, 14 furent frappés de manifestations cancéreuses sur d'autres parties du corps ; 53 étaient sans récurrence depuis 6 mois à 10 ans, 6 sont parvenus absolument indemnes à ce terme éloigné, 29 sont arrivés à 2 ans et pour 36 les renseignements font défaut.

D'après Cripps sur 63 survivants immédiats, 16 ont été perdus de vue, 11 sont restés guéris de quelques mois à plusieurs années, 3 étaient sans récurrence au bout de 4 ans, 14 ont été atteints de récurrence de 6 mois à 4 ans. Parmi les faits qui lui sont particuliers, 6 opérés sont demeurés indemnes de 2 à 4 ans, 9 ont eu une récurrence de 4 mois à 2 ans.

Enfin Czerny signale 9 guérisons anciennes, 6 datant de 2 ans et 3 de plus de 3 ans.

Au Congrès des chirurgiens allemands de 1888, Kœnig a apporté une statistique rigoureusement personnelle. Sur 76 cas qui ont passé par ses mains, il a pu en opérer 60 avec une mortalité de 10 pour 100. Ses résultats lui donnent 18 pour 100 sans récidence au bout de 2 ans, et 10 pour 100 au bout de 3 ans.

Bardenheuer a abaissé son chiffre de mortalité primitif de 10 à 5 pour 100 et cite 3 femmes qu'il a opérées par la résection du rectum et qu'il a suivies pendant 6, 7 et 8 ans. D'autre part il connaît personnellement des malades radicalement guéris depuis 4 et 11 ans.

Le pronostic fonctionnel pour ce qui concerne le résultat final de l'excision du rectum est mauvais d'après Kœnig.

Gussenbauer a préconisé consécutivement à l'extirpation du rectum l'ablation de tous les ganglions du petit bassin jusqu'au promontoire.

XI

Tumeurs malignes de la face

Dans un travail dont les matériaux proviennent de la clinique de Czerny à Heidelberg, Hugo Bonde (1888) nous donne des renseignements circonstanciés sur les tumeurs malignes de la partie supérieure de la face. Il distingue avec soin le cancer des muqueuses du cancer purement cutané. Parmi les malades observés une proportion équivalant à 54 pour 100 n'avaient pas encore de récurrence 3 ans après l'opération.

Un malade que M. J. Boeckel avait délivré d'un épithéliôme du nez a vécu sans récurrence durant 13 ans et 7 mois.

Les cancers de ces régions présenteraient, d'après Bonde, une bénignité relative par rapport à ceux du maxillaire supérieur et des fosses nasales qui donnent 8 récurrences pour 12 opérations et à ceux de la muqueuse des joues qui donnent 4 récurrences pour 8 opérations.

Dans l'appréciation de ces faits il faut tenir compte de ce que l'épithéliôme de la peau diffère beaucoup, cliniquement parlant, de l'épithéliôme des muqueuses. Pour ne nous occuper ici que de l'influence de la région intéressée sur le développement postérieur de la tumeur maligne, l'épithéliôme de la peau avoisinant les orifices naturels doit être séparé au point de vue du pronostic de l'épithéliôme qui prend naissance sur la peau loin de toute ouverture normale.

Ohren a fait également un relevé statistique des cancers de la face, à l'exclusion du cancer des lèvres, opérés de 1877 à 1887 par Schœnborn, de Wurtzbourg. Au total, sur 72 cas suivis un temps suffisant, 31 n'ont pas présenté de récurrence, 24 ont été atteints de repululation un temps plus ou moins long après l'opération, 11 malades ont été perdus de vue, 3 sont morts de généralisation et 3 consécutivement à l'ablation. Cet auteur penche pour admettre que les cancers viscéraux secondaires sont dûs en partie à une simple concordance plutôt qu'à une véritable généralisation. Cette assertion nous paraît au moins hasardée.

J. A. Estlander a observé 20 cas d'ostéosarcôme du maxillaire supérieur. Dans 4 de ces cas aucune opération n'a pu être faite ; la durée totale de la maladie a varié de 5 à 20 mois, près d'un an en moyenne. Parmi les 16 malades opérés, 2 succombèrent peu après, le premier de méningite, l'autre d'infection purulente. Dans un troisième cas la mort arriva par une complication intercurrente. Un quatrième malade fut perdu de vue. Sur les 12 opérés ayant résisté à l'intervention, 2 seulement furent définitivement guéris.

XII

Tumeurs malignes du fémur.

Dans une statistique portant sur 32 faits de désarticulation de la hanche pour des ostéosarcomes du fémur, pratiquées jusqu'en 1892, M. Moty trouve une proportion de guérisons temporaires de 12,5 pour 100. Les sarcomes périostiques, fuso-cellulaires le plus souvent, sont des tumeurs d'une grande malignité et exigent impérieusement la désarticulation du membre. Les sarcomes à cellules à myéloplaxes beaucoup moins malins sont justiciables de la simple amputation. M. Marchand, qui a établi cette distinction, a pratiqué l'amputation du membre chez deux femmes affectées, l'une d'un sarcome de l'extrémité inférieure du radius, l'autre d'un sarcome pulsatile de l'extrémité inférieure du fémur, la première put être suivie pendant 7 ans, et la deuxième pendant 2 ans et demi, sans présenter nulle récédive. Il faut néanmoins tenir compte de cette particularité importante que les sarcomes présentent souvent une texture composite ; fasciculés sur un point, ils renferment des cellules à myéloplaxes dans un autre.

Bork (de Rostock) a réuni 118 cas de désarticulation de la hanche pour ostéosarcomes du fémur, dont 9 lui sont personnels (1890). Par des éliminations raisonnées et successives, il arrive à ne conserver que 36 faits bien suivis. Sur ces 36 malades, 26 sont morts de généralisation de 4 semaines à 4 ans et demi après

l'opération. Des 10 qui restaient, un est mort de récédive locale et 5 de complications intercurrentes. Il ne subsistait donc plus en 1890 que 4 opérés, dont l'un guéri depuis 2 ans et 2 mois, 2 autres depuis 3 ans et le quatrième depuis 12 ans. Bork n'ose même affirmer que l'on soit en droit de regarder ce dernier comme guéri définitivement puisqu'il a constaté des généralisations après 6 et même 12 ans de tranquillité parfaite. Sa conclusion est qu'il ne faut pas espérer trop fermement une cure radicale, même au prix de la désarticulation de la cuisse.

XIII

Recueil d'observations

OBSERVATION I

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH)

Epithélioma de la lèvre inférieure. — C. N..., âgé de 72 ans, demeurant à Pexonne, entre à l'hôpital civil de Nancy le 5 juillet 1892, dans le service de M. le professeur Heydenreich, où il occupe le lit 5 de la salle 1.

L'affection a débuté il y a deux ans par la partie médiane de la lèvre inférieure. Le malade fumait la pipe et la tenait toujours à l'angle droit de la bouche. L'épithéliôme occupe toute la largeur de la lèvre sur 2 centimètres environ d'épaisseur.

8 juillet. — *Ablation.* — Procédé de Choppart. Soit deux incisions verticales s'étendant jusqu'au dessous du rebord du maxillaire inférieur. Puis le lambeau est relevé. Léger chevauchement du bord externe à droite. On double le rebord avec le reste de la muqueuse buccale (suture à la soie). Le malade mâchonnant continuellement son rebord labial nouveau amène le sphacèle des lambeaux muqueux. Sphacèle du lambeau à gauche au niveau de la partie supérieure de la suture. On enlève les points de suture supérieurs et on en pose un nouveau au crin de Florence à l'extrémité toute supérieure.

18 juillet. — La suture a très bien repris.

D'après des nouvelles toutes récentes, M. C. N... est en très bonne santé (8 décembre 1896).

OBSERVATION II

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH)

Epithélioma de la lèvre inférieure. — B. C..., âgé de 53 ans, cultivateur, demeurant à Thélod, entre le 24 février 1891 à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le professeur Heydenreich, où il occupe le lit 15 de la salle 1.

Le malade porte à la lèvre inférieure un épithélioma de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50.

25 février. — Excision sous chloroforme et réunion par première intention, trois points de suture.

1^{er} mars. — On enlève les fils. Tout va bien. Le malade sort guéri.

D'après des informations prises récemment (9 décembre 1896), M. B. C... se porte assez bien et circule toujours, occupé aux travaux agricoles.

OBSERVATION III

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH)

Epithélioma de la lèvre inférieure. — M. J..., âgé de 78 ans, carrier, demeurant à Vandœuvre, entre le 18 février 1891 à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le professeur Heydenreich, où il occupe le lit 15 de la salle 3.

Antécédents héréditaires et personnels. — Père mort d'accident en 1849. Mère morte asthmatique en 1846. Un frère mort asthmatique à 68 ans. Une sœur morte à 78 ans en 1889.

N'a jamais été malade dans sa jeunesse. A eu la fièvre intermittente à la Martinique, mais sans récurrence à son retour en France.

L'affection actuelle aurait débuté au mois d'octobre dernier par un petit bouton sur la muqueuse de la lèvre inférieure (moitié gauche) à l'endroit où le malade porte constamment le bout de sa pipe dont il fume 10 à 15 fois par jour. Depuis lors l'affection n'a fait qu'augmenter.

Etat actuel. — Le malade est très bien conservé. A la lèvre inférieure on constate une tumeur du volume d'une grosse noisette, à l'aspect brunâtre, saignant de temps en temps. Induration des tissus voisins. A la lèvre supérieure, à l'endroit correspondant à la tumeur on constate une petite éraillure et deux tout petits nodules qui semblent être de même nature que la tumeur. Il n'y a pas d'adénopathie cervicale.

20 février. — Après anesthésie chloroformique on fait une incision en forme de V comprenant toute la tumeur de la lèvre inférieure ainsi que toutes les parties latérales voisines, six points de suture relient les deux lèvres de la plaie. En haut excision du point induré, trois points de suture. Pansement iodoformé au collodion.

25 février. — On enlève les fils d'en haut. Réunion complète. On

enlève 4 fils en bas. La plaie ne suppure pas. Le malade sort guéri le 28 février.

Des informations récentes (8 décembre 1896) nous ont appris que M. M. J... est vivant actuellement.

OBSERVATION IV

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH)

Epithélioma de la lèvre inférieure. — M. S..., âgé de 60 ans, mineur, demeurant à Varangéville, entre le 28 janvier 1891 à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le professeur Heydenreich, où il occupe le lit 11 de la salle 1.

Le malade présente sur la lèvre inférieure une tumeur irrégulière de la grosseur d'une noix portant plusieurs points ulcérés. Sous la branche transversale du maxillaire inférieur, on perçoit de chaque côté à la palpation un ganglion hypertrophié. Le malade ressent des douleurs dans la tumeur. La peau du menton semble infiltrée et présente à gauche une élévation rougeâtre qui semble être un noyau secondaire.

30 janvier 1891. — *Opération.* — Après chloroformisation et antiseptie préalable, M. le professeur Heydenreich fait deux incisions partant de chaque commissure labiale et allant jusqu'au bord inférieur saillant de la branche horizontale du maxillaire inférieur. A droite l'incision est rectiligne. A gauche à cause de l'induration secondaire située plus bas, l'incision est faite obliquement. Arrivé en bas au niveau du maxillaire on réunit les deux incisions et ainsi on excise toute la portion antérieure du menton. Il se trouve alors un vaste espace non recouvert de peau. Pour arriver à combler ce vide, M. le professeur Heydenreich compte prendre deux lambeaux latéraux qu'il avancera par glissement. Pour cela il fait partir de la commissure labiale gauche une incision de 6 centimètres environ; de même en bas et du même côté, incision jusqu'au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur. Même opération de l'autre côté. Malgré tous les efforts pour parvenir à réunir grâce à ces deux lambeaux carrés, on n'arrive qu'à joindre les deux extrémités supérieures qui toutes deux sont encore recouvertes d'un bout de muqueuse des lèvres. M. le professeur Heydenreich coupe alors un lambeau médian qu'il est obligé de chercher assez profondément et qu'il taille en forme de coin. Réunissant alors les deux extrémités

labiales des deux lambeaux supérieurs, puis intercalant le lambeau inférieur il parvient à combler parfaitement le vide.

Pour refaire une lèvre, M. le professeur Heydenreich suture d'abord les deux bouts restants, puis avec des fils de soie il suture la peau à la muqueuse interne. De cette façon il fait une muqueuse labiale artificielle. A peu près 24 fils relient le tout. Pansement sec. Durée de l'opération : 1 heure 1/4. Quantité de chloroforme consommé : 45 grammes.

31 janvier. — T. 39°. N'a pas vomi hier. Ne se plaint pas, mais a beaucoup sali son pansement. Nouveau pansement au collodion. On ne remarque de suppuration à aucun des points de suture.

1^{er} février. — On enlève 14 fils environ ; un seul semblait sup-purer un peu. Le malade va bien.

11 février. — Le malade va parfaitement.

D'après des renseignements tout récents (8 décembre 1896) M. S... vit encore et jouit d'une bonne santé.

OBSERVATION V

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH)

Tumeur maligne du sein. — M^{me} M..., âgée de 58 ans, ménagère, née et domiciliée à Fresnes-en-Saulnois, entre le 26 février 1891 à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le professeur Heydenreich, où elle occupe le lit 10 de la salle 5.

Antécédents. — Père mort d'alcoolisme. Mère morte de pertes à 61 ans par suite d'une tumeur de l'utérus. Mari mort asthmatique. A eu deux enfants dont un a été extrait au forceps et est mort. Réglée à 13 ans jusqu'à 53.

Il y a un an elle a senti qu'elle avait un petit noyau dur dans le sein droit avec écoulement séreux du mamelon très peu abondant. Ayant constaté que la tumeur grossissait, elle est venue à l'hôpital.

Etat actuel. — On constate un noyau induré dans le sein droit qui est complètement atrophié ; une ulcération au niveau du mamelon. Adénopathie ganglionnaire dans l'aisselle.

Opération. — Après anesthésie chloroformique on fait l'ablation du sein droit, puis prolongeant l'incision du côté de l'aisselle on enlève plusieurs ganglions envahis. On suture la plaie avec du crin de Florence et on place un petit drain. Pansement compressif à la gaze iodoformée.

3	mars	T.	37°,6 m.	37°,3 s.
4	—		38°,7	37°,7
5	—		39°	38°,5
6	—		39°,4	37°,8
7	—		39°,5	38°,5

On enlève le premier pansement. La plaie de l'aisselle va bien. Petit épanchement sanguin à la partie inférieure. Pansement iodoformé.

8 mars. — Il s'est produit une petite collection purulente au niveau de l'angle de la plaie ; la paroi inférieure était légèrement décollée, on y place un petit tube et on fait une injection. Etat général excellent, le reste de la plaie est cicatrisé.

10 mars. — Malgré la persistance d'un petit décollement et d'une légère suppuration, le malade sort pour venir se faire panser tous les huit jours à l'hôpital.

Des nouvelles toutes récentes (12 janvier 1897) nous ont appris que M^{re} M... jouit actuellement d'une parfaite santé.

OBSERVATION VI

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH)

Epithélioma du sein à marche très lente (au moins 16 ans). — M^{re} veuve R..., née H..., âgée de 55 ans, propriétaire à Lagny, entre le 3 décembre 1891 à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le professeur Heydenreich, où elle occupe le lit 2 de la salle 5.

Antécédents. — Sa mère serait morte en couches. Son père serait mort de faiblesse à 59 ans. Un frère bien portant. Elle n'aurait jamais été malade. Elle aurait été souffrante vers 15 ou 16 ans pendant six mois. Instauration menstruelle à 16 ans. A toujours été irrégulièrement menstruée. Migraines fréquentes. Très nerveuse. N'a jamais eu d'enfant. N'a jamais allaité. N'invoque aucun traumatisme au siège de la lésion. Ne portait pas habituellement de corset.

A l'âge de 40 ans elle s'aperçut de la présence d'un nodule dur dans le sein droit, à sa partie supérieure, comme deux noisettes, dit-elle. La lésion reste stationnaire. Depuis la présente année la tumeur devient moins proéminente, mais plus étalée. Il y a un mois la malade a consulté un médecin qui a constaté la présence de ganglions dans l'aisselle. Il n'y a jamais eu de douleurs vives.

Etat actuel. — A son entrée dans le service on a constaté la présence dans le sein droit d'une tumeur dure, assez circonscrite. étendue surtout dans la partie supérieure du sein, à surface assez

régulière. La peau normale, mobile. Quelques ganglions axillaires sont indurés.

7 décembre. — *Opération.* — Sous le chloroforme ablation de la glande mammaire circonscrite par deux incisions, l'une supérieure, l'autre inférieure. Le sein adhère aux muscles sous-jacents, surtout en haut et en dedans. A la partie supérieure l'énucléation est facile. L'incision est prolongée jusque dans l'aisselle où l'on enlève une pléiade de ganglions envahis. Curage complet de la région axillaire. Des trainées se prolongent aussi jusqu'aux ganglions claviculaires que l'on est obligé d'enlever. Suture de la plaie dans toute son étendue. Pansement iodoformé ouaté compressif.

8 décembre. — La malade a beaucoup remué ; son pansement est taché, on l'enlève ; il y a une légère hémorragie. Toute la région axillaire va très bien, mais à la partie thoracique antérieure il s'est formé en bas un petit clapier d'où part un suintement sanguin. On fait sauter deux points de suture et on introduit un petit tube de drainage. Pansement humide.

10 décembre. — La malade va bien. Pansement sec. Néanmoins la température a toujours été élevée.

16 décembre. — La malade va bien. La cicatrisation est en très bonne voie.

L'analyse histologique de la tumeur en a démontré la nature épithéliale vérifiant ainsi le diagnostic porté.

Des nouvelles récentes (9 décembre 1896) nous ont appris que M^{me} R... vit toujours, jouit d'une bonne santé et travaille comme si elle n'avait pas été malade.

OBSERVATION VII

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH.)

Carcinôme du sein droit.

M^{me} O..., âgée de 56 ans, dentellière, demeurant à Savigny, entre le 10 mars 1891, à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Heydenreich, où elle occupe le lit 15 de la salle 15.

Antécédents. — Père mort phthisique. Mère morte à 85 ans de faiblesse. Mariée à 25 ans. Dit n'avoir jamais eu de maladies antérieures. A eu 4 enfants dont 2 morts, l'un de la coqueluche et l'autre de la fièvre typhoïde. Régliée à 13 ans. Ménopause à 50 ans.

Depuis un an elle a constaté un noyau induré dans le sein droit.

Indolore au début. Depuis un mois elle ressent de légères douleurs, des lancements s'irradiant dans l'aisselle.

A son entrée, on constate une tumeur du volume d'une mandarine au côté externe du sein droit. Adénopathie ganglionnaire dans l'aiselle droite, mais appliquée du côté du bras.

11 mars. — *Opération.* — Chloroformisation. Excision du sein. On prolonge l'incision jusque dans l'aisselle où on enlève 5 ganglions. Presque pas de perte de sang. Lavage de la plaie. Suture au crin de Florence. Pansement sec iodoformé et compressif.

13 mars. — Comme la fièvre persiste, on est obligé d'enlever le premier pansement. On constate au milieu de la suture horizontale un vaste décollement avec poche remplie de pus. On fait sauter plusieurs points de suture. Lavage antiseptique. Pansement humide.

19 mars. — La fièvre est tombée. On renouvelle le pansement tous les deux jours. La malade se lève un peu.

20 mars. — La malade va mieux. La suppuration a presque cessé. Pansement sec.

4 avril. — De nouveau suppuration.

9 avril. — La malade sort presque guérie.

M^{me} O... est décédée le 30 juillet 1894. Nous n'avons pu savoir si sa mort doit être attribuée à une récurrence ou à toute autre maladie.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de MM. les professeurs agrégés
FRÖELICH et ETIENNE.)

Tumeur maligne du sein.

M^{me} C..., âgée de 35 ans environ, demeurant à Nancy. Bonne santé habituelle. Ses antécédents pathologiques personnels et héréditaires n'offrent rien de particulier à noter. Mariée de bonne heure, elle a eu trois enfants qui vivent et sont bien portants.

Le 25 juin 1894, cette dame consulta un médecin pour une tumeur de l'existence de laquelle elle s'était aperçue quelque temps auparavant et qui occupait le sein gauche. A l'examen, on constata en effet la présence à la partie supérieure et externe de la mamelle gauche d'une tumeur du volume d'une petite mandarine à peu près, de consistance dure et laissant percevoir des bosselures à sa surface. Le mamelon et les téguments voisins sont légèrement rétractés. L'exploration

minutieuse du creux axillaire ne permet de sentir qu'un seul ganglion secondairement atteint.

28 juin. — Opération. — Après l'anesthésie préalable et les précautions antiseptiques de rigueur, M. le Dr Frœlich procède à l'amputation de toute la glande mammaire et des tissus circonvoisins par le procédé classique. Cela terminé, il fait un curage méthodique de la cavité axillaire. Pansement antiseptique avec drainage.

Le néoplasme examiné montre tous les caractères du sarcôme à petites cellules rondes. Il renferme par places plusieurs cavités kystiques remplies d'un liquide puriforme et mal lié.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus bénignes. Pas de fièvre. Pas de suppuration.

Le 7 décembre de la même année, un examen attentif fit reconnaître l'apparition récente d'un ganglion engorgé dans l'aisselle correspondante, c'est-à-dire du côté gauche. Il fut extirpé par simple énucléation, le 12 décembre ; les suites de ce léger traumatisme passèrent inaperçues.

Le 28 mai de l'année suivante, un nouveau ganglion surgit, toujours dans l'aisselle gauche. On s'empessa d'en pratiquer l'ablation au cours de laquelle on dut rompre des adhérences intimes qu'il avait contractées dans la région. Une hémorragie abondante se déclara, mais put être aussitôt maîtrisée par la compression digitale, aidée de quelques pinces hémostatiques. Les suites de cette nouvelle intervention furent très bien supportées.

Cette personne examinée en janvier 1897, par M. le professeur agrégé Etienne, se porte très bien et n'inspire jusqu'ici aucune inquiétude sous le rapport de la récidue.

OBSERVATION IX

(Empruntée à M. le Dr BERRUT, de Paris, et extraite du Compte rendu du Congrès français de chirurgie.)

Tumeur maligne du sein.

M^{me} G..., âgée de quarante-quatre ans, née à Paris, demeurant rue Saint-Placide, s'est mariée en 1867 à l'âge de dix-sept ans avec son beau-frère ; elle n'a jamais eu d'enfant. Pubère à quinze ans, elle eut chaque mois ses règles pendant huit jours jusqu'à l'âge de trente-six ans.

A partir de cet âge, elle ne fut plus réglée que tous les six mois et chaque fois pendant trois jours.

A trente-trois ans se manifesta par le mamelon du sein gauche un écoulement de petites gouttes de sang qui se succédaient sans interruption, quelquefois au lieu de sang pur suintaient de petites gouttes d'eau légèrement teintée.

Le D^r Duvivier, consulté à ce moment, cautérisa quatre fois le mamelon au nitrate d'argent, puis pendant trois ans fit prendre tous les matins une potion à l'iodure de potassium et appliquer sur le sein une pommade iodurée.

Au bout de ce temps, le D^r Duvivier présenta la malade au chirurgien Adolphe Richard qui approuva le traitement et fut d'avis de le continuer.

Telle fut aussi l'opinion d'un médecin, de Villemonble, consulté ensuite, de plus ce dernier ordonna un purgatif deux fois par semaine et fit la compression du sein avec une bande de toile d'une longueur de 20 mètres pendant dix-huit mois. La malade alla s'installer à Villemonble. Là le médecin perça le sein en quatre endroits et avec une seringue en verre injecta de l'iode. Il appliqua en même temps sur la mamelle des cataplasmes de ciguë et de carotte pilées ensemble.

Ne voyant aucun effet appréciable de ce traitement, la malade revint à Paris et alla consulter à l'hôpital Cochin le chirurgien Guyon qui, après lui avoir fait appliquer une pommade à l'iodure de plomb et avoir exercé sur le sein la compression méthodique pendant deux mois, la présenta à Velpeau.

Velpeau approuva la compression préalablement faite et devant l'insuccès de son emploi proposa l'opération qui ne fut point immédiatement acceptée.

Dès ce moment, la malade se soigna seule. De 1868 à 1873, le traitement a consisté en application, matin et soir, d'une pommade d'iodure de plomb sur le sein et en la prescription à l'intérieur d'une potion à l'iodure de potassium, de purgatifs répétés et d'un régime nutritif, tonique et reconstituant.

C'est en 1873 que la malade me fut présentée par le D^r Robinet.

L'examen me fit reconnaître dans le sein gauche augmenté de volume une tumeur d'une dureté lapidaire occupant la totalité de la glande mammaire ; à la circonférence les tissus étaient d'une moindre résistance. La peau n'était le siège d'aucune rougeur ; sa coloration était normale ; mais les téguments étaient adhérents à la tumeur qu'on pouvait d'autre part faire glisser sur les tissus sous-

mammaires. La tumeur était donc mobile, sans adhérences avec les parties profondes.

Je ne trouvai pas d'engorgement des ganglions axillaires.

Je diagnostiquai un cancer squirrheux de la mamelle qu'il fallait opérer immédiatement afin de prévenir la propagation du cancer au système lymphatique.

Tel était aussi l'avis du D^r Robinet et avec son assistance, le 17 juin 1873, je pratiquai l'amputation du sein.

Je réunis les lèvres de la plaie sans suture, au moyen de mon appareil unitif. J'avais alors adopté la méthode des pansements rares et en enlevant l'appareil le quinzième jour après l'opération, la réunion par première intention était réalisée, quoiqu'à ce moment la pratique de l'antisepsie n'eût pas encore été mise avec tant de succès à la disposition des chirurgiens.

Depuis l'opération, la malade n'a plus éprouvé aucune douleur à la région mammaire et la cicatrice est restée intacte.

Pendant vingt ans j'ai été renseigné sur l'état de l'opérée presque chaque année, soit par elle-même que je voyais en passant, soit par son mari que je rencontrais, soit par les femmes qu'elle m'adressait, soit surtout par le médecin qui était le voisin et l'ami de la maison.

Le 19 avril 1893, j'appris qu'au mois de janvier précédent, M^{me} G. avait succombé à la suite d'une pneumonie, après avoir été malade trois jours seulement.

J'écrivis le jour même au D^r Robinet pour lui demander quelques détails sur la maladie de M^{me} G. et sur la cause de sa mort. Le lendemain, 20 avril 1893, M. Robinet me répondit : M. et M^{me} G. sont morts à huit jours de distance, d'une pneumonie infectieuse survenue au cours de l'influenza, M^{me} G. n'avait aucun signe de récurrence quelconque de son affection cancéreuse du sein depuis que vous l'aviez opérée.

Il faut dire que l'examen microscopique n'avait pas été fait.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FROELICH et rédigée d'après les indications de M. le Docteur SROUP)

Epithéliome du col de l'utérus.

M^{me} R..., âgée de 49 ans, demeurant à Nancy. Antécédents personnels et familiaux sans intérêt. Bonne santé habituelle. Tempérament arthritique. Femme obèse, mais bien constituée. Menstrues

abondantes persistant pendant huit jours, mais se montrant en temps ordinaire d'une façon très capricieuse.

Depuis trois mois environ leucorrhées fétides prenant de jour en jour un caractère plus inquiétant. La malade se décide à aller consulter un médecin. Ce dernier, après s'être entouré de tous les renseignements indispensables sur son état antérieur, explora la cavité vaginale et constata par le toucher la présence d'un épithéliome paraissant strictement cantonné au col de l'utérus, les culs-de-sac se montrant indemnes de tout envahissement. A la palpation on ne put reconnaître aucune dégénérescence ganglionnaire dans les régions inguinales. Cependant l'état général semble déjà quelque peu cachectique.

M. le Docteur Frœlich sur le consentement de la malade procéda à l'extirpation complète de la tumeur par l'hystérectomie vaginale totale. Les suites de l'opération furent aussi bonnes qu'on peut le souhaiter. La guérison eut lieu rapidement et aucune intervention postérieure ne dut être pratiquée. Depuis plus de deux ans et demi que la cicatrisation s'est faite, l'état local demeure satisfaisant. Aucune induration et aucun engorgement lymphatique n'ont fait leur apparition et cette personne laisse grand espoir pour l'avenir.

(Emprunt fait au Docteur AMUSSAT fils à titre de document historique)

Amputation du col utérin répétée trois fois. — Cautérisation. — Guérison.

Une femme, âgée de quarante-six ans, avait subi il y a huit ans l'amputation du col utérin par les mains de Samson à la Pitié pour une affection probablement cancéreuse. Quelques mois plus tard, le mal repullulait et la malade se faisait de nouveau admettre à la Pitié. Cette fois elle fut reçue dans le service de M. Gendrin : ce médecin la traita à son tour et il opéra de nouveau cette femme d'après le dire de celle-ci. On ne peut cependant bien comprendre si c'est à l'aide de caustiques ou du bistouri qu'elle fut réopérée. Quoi qu'il en soit, elle en sortit guérie, mais une nouvelle récurrence ne tarda pas à se faire et la patiente se dirigea dans le service de M. Ph. Boyer à Saint-Louis.

Ce chirurgien l'opéra pareillement en excisant des masses fongueuses qui s'étaient engendrées sur la cicatrice. Cette intervention cependant n'eut pas de résultat plus durable que les précédentes, car une nouvelle récurrence eut lieu. La malade entra alors dans le service de M. Jobert (de Lamballe).

Les trois opérations mentionnées ci-dessus avaient été pratiquées

dans l'espace de deux ans et cette personne se trouvait à peu près dans le même état qu'avant la première amputation. Les végétations fongueuses furent attaquées au moyen du fer incandescent. Elles furent détruites successivement avec la portion restante du col jusqu'au niveau de l'adhérence de la muqueuse vaginale sur cette partie.

La guérison eut lieu, mais il restait à savoir si elle serait plus durable que les précédentes. Cette femme est revenue depuis se faire examiner tous les ans à l'hôpital Saint-Louis. Dernièrement elle est encore venue et a été observée au spéculum en notre présence. La guérison est parfaite et dure ainsi depuis six ans. Le col est entièrement détruit, la muqueuse vaginale forme un véritable bourrelet autour d'une cicatrice blanche, infondibuliforme, de la largeur d'une pièce de 5 fr. Les effets du cautère ont donc dans ce cas été plus heureux par la raison sans doute qu'il a pu détruire graduellement toute la partie malade tandis que le bistouri n'avait pu étendre jusque là son action.

OBSERVATION XI

(Empruntée au Docteur AMUSSAT fils, de Paris)

Tumeur cancéreuse du col de l'utérus. — Amputation au sécateur galvanique. — Cicatrisation.

Le 26 avril 1870, M. le Docteur Cahours me pria d'examiner une dame ayant une tumeur cancéreuse de l'utérus et de m'assurer s'il était possible d'en faire l'ablation et d'enrayer ainsi la marche de cette fatale maladie. M^{me} M. . . , née à Mâcon, âgée de quarante-deux ans nous rapporta que sa mère était morte à la suite d'un ulcère à la matrice et que son père avait succombé à la suite d'une pneumonie. Régliée à douze ans, elle devint enceinte à seize ans et demi et accoucha d'un enfant mort. A dix-huit ans, seconde grossesse, naissance d'un garçon qui vit. Elle vint à Paris à l'âge de vingt ans et n'a pas eu d'autre grossesse. En 1850, elle eut une pneumonie dont elle guérit bien et depuis lors elle a joui d'une assez bonne santé. Ses règles cessèrent à l'âge de trente-six ans à la suite d'émotions très vives et depuis elle eut des pertes blanches beaucoup plus abondantes qu'auparavant. De plus chaque hiver elle souffre de bronchites difficiles à guérir.

Au commencement du mois d'octobre 1869, l'écoulement blanc devint tellement abondant qu'elle salissait une serviette le jour et une la nuit et qu'elle était obligée de changer tous les jours de chemise et de draps, de plus cet écoulement prit une très mauvaise odeur. Elle

remarqua en outre que lorsqu'elle touchait l'utérus avec la canule de la seringue ou qu'elle avait des rapports avec son mari, il y avait du sang sur sa chemise. Comme elle n'éprouvait aucune douleur dans le bas ventre, elle se contenta de faire différentes injections astringentes espérant ainsi parvenir à tarir et à désinfecter ses pertes blanches. Au mois d'avril 1871, ne voyant aucun changement dans son état, elle se décida à consulter M. le D^r Cahours. Notre confrère, l'ayant touchée, trouva une tumeur du col et désira savoir si une intervention chirurgicale pouvait avoir des chances de succès.

L'examen que je fis m'ayant appris qu'il existait une tumeur cancéreuse du col au-delà de laquelle on sentait une bande de tissu paraissant encore sain, je pensai qu'il était possible d'en tenter l'ablation avec l'espoir d'enrayer la marche de l'affection.

Le 30 avril, assisté par MM. les D^{rs} Cahours et Jaubert, je fis placer la malade sur une chaise longue, les pieds sur deux tabourets élevés comme pour l'examen au spéculum. Je saisis la partie saine du col dans l'anse mécanique du sécateur galvanique, j'isolai l'instrument du vagin avec deux valves cylindriques en buis que je confiai à M. le D^r Jaubert et quand le fil fut suffisamment serré je le mis en rapport avec les réophores d'une pile de Grenet, puis j'opérai lentement la section des tissus. La quantité de sang mêlé de sérosité résultant de ces manœuvres peut être évaluée à environ deux cuillérées à soupe.

L'opération terminée, je recouvris l'abdomen d'une couche de collodion et par dessus je fis placer une vessie contenant quelques fragments de glace. Dans l'après-midi la malade se plaignant de coliques je fis supprimer la glace.

M. le D^r Homolle ayant bien voulu examiner la tumeur enlevée au microscope m'a dit qu'elle était constituée par du tissu cancéreux.

Les deux premiers jours il y eut un écoulement séreux avec un peu d'odeur.

Le 3 mai sans cause connue, il survint un écoulement sanguin que M. le D^r Cahours arrêta immédiatement avec des bourdonnets de coton imbibés d'une solution de perchlorure de fer. La malade d'un caractère très entier voulut que le collodion fût remplacé par une flanelle imbibée d'eau de sureau tiède.

Le 4, douleurs dans la région utérine et dans la fosse iliaque gauche, 120 pulsations.

Le 3, je fis changer la malade de lit et je retirai les bourdonnets de coton. Le ventre étant plus sensible et ballonné fut recouvert d'une couche d'onguent hydrargyrique et de cataplasmes.

Le 6, les symptômes de métrô-péritonite s'accroissant davantage, je fis recouvrir l'abdomen d'une solution de gomme arabique très épaisse qui fut saupoudrée de poudre d'amidon d'après la méthode du docteur de Robert de Latour. Je recommandai d'entretenir soigneusement cette couche d'amidon gommée et de remplir de suite les fissures se produisant par la dessiccation.

Le 9, je fis appliquer un large vésicatoire sur l'épigastre. Le lendemain trouvant une amélioration sensible dans l'état de l'abdomen je consentis suivant le désir de la malade à revenir aux fomentations chaudes.

Le 12, l'abdomen ne donnait plus d'inquiétude. La malade prenait avec plaisir et digérait bien trois légers potages par jour.

Le 25, M^{me} M... commença à se lever et à faire des injections alunées.

Le 27, j'examinai la malade au spéculum avec M. le D^r Cahours. La plaie résultant de l'amputation du col était couverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Au milieu du mois de juin la malade commença à se promener en voiture et partit le 23 pour la campagne.

Le 12 juillet, l'examen au spéculum me permit de constater la cicatrisation complète du vagin au fond duquel on voyait une petite ouverture circulaire conduisant dans la cavité utérine. Pendant son séjour à la campagne, M^{me} M... eut presque constamment une diarrhée qui l'affaiblit beaucoup. De retour à Paris l'état du tube digestif s'améliora rapidement et la malade put reprendre peu à peu ses occupations habituelles.

Le 16 octobre 1870, j'ai visité M^{me} M... avec M. le D^r Cahours. Au toucher on trouve un vagin terminé par un cul-de-sac et le corps de l'utérus paraît moins volumineux que chez les femmes de son âge probablement par suite de la disparition des règles depuis six ans. L'examen au spéculum permet de voir un vagin très sain et au fond du cul-de-sac l'orifice du col de 2 à 3 millimètres de diamètre.

Au mois de juin 1875, j'ai examiné M^{me} M..., et je me suis assuré qu'il n'y avait pas de récurrence.

OBSERVATION XII

(Empruntée au D^r AMUSSAT fils, de Paris.)

Epithélioma de la lèvre antérieure du col de l'utérus. — Ablation au sécateur galvanique. — Cicatrisation.

M^{me} G..., née à Biache (Pas-de-Calais), âgée de trente-six ans, a perdu son père et sa mère d'une congestion cérébrale. Douée d'une bonne constitution quoique lymphatique, elle a vu ses règles paraître à l'âge de quinze ans et depuis lors elles ont été régulières, mais cependant le plus souvent elles ont été accompagnées de douleurs. Mariée à l'âge de vingt-sept ans, elle n'a jamais eu de grossesse et depuis cette époque l'écoulement menstruel a diminué.

Il y a cinq ans, cette dame consulta un médecin pour un écoulement blanc assez abondant. L'examen qui fut fait permit de constater la présence d'une petite tumeur implantée sur le col de l'utérus. Il en prévint M^{me} G. qui se borna à faire des injections légèrement astringentes.

Au commencement de 1867, elle fit un voyage dans l'ouest de la France. A son retour, elle s'aperçut que l'écoulement, devenu beaucoup plus abondant, avait de l'odeur. Les douleurs qu'elle ressentait de temps à autre entre les époques étaient aussi plus vives. Alarmée de ce changement, elle fit, le 18 mars, demander M. le D^r Maurel qui lui prescrivit de continuer les injections astringentes, lui conseilla le repos et pratiqua plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent et le caustique de Filhos.

Le 5 juin, M. le D^r Maurel pria le D^r Amussat fils, de lui donner son opinion sur l'affection de M^{me} G. dont les règles avaient cessé depuis la veille. L'exploration avec le doigt et l'examen au spéculum lui permirent de constater la présence d'une tumeur assez volumineuse implantée sur la lèvre antérieure du col de l'utérus. Les cautérisations faites antérieurement n'ayant pas amené de changement notable dans l'état de la tumeur, M. le D^r Amussat proposa à son confrère d'en faire l'ablation au moyen de la galvano-caustique thermique. Cette proposition ayant été acceptée, il fut convenu qu'on laisserait la malade se reposer quelques jours avant de pratiquer l'opération. A la suite de cet examen, M^{me} G. éprouva des douleurs dans l'abdomen et du ballonnement, lesquels disparurent par le repos et l'application de cataplasmes laudanisés. Le 10, il n'existait plus dans le vagin qu'un peu de sensibilité et de chaleur, et le 12, son état était assez bon pour que l'opération fût fixée au lendemain.

Le 13, à neuf heures, étant placée sur le bord d'un lit de fer dans la position usitée pour l'examen au spéculum, M^{me} G. fut soumise aux inhalations de vapeurs de chloroforme, par M. le D^r Halu.

Assisté de M. le D^r Maurel, M. le D^r Amussat plaça le fil de platine au niveau de l'insertion de la tumeur. Le sécateur une fois mis en rapport avec une pile de Grenet, il pratiqua l'ablation sans avoir d'écoulement sanguin.

L'opération terminée, M^{me} G. se mit dans son lit. Une couche de collodion fut appliquée sur l'abdomen et un sac de bandruche placé dans le vagin jusqu'au col, en recommandant d'y introduire régulièrement de petits morceaux de glace. Dans l'après-midi, la malade se trouvant très bien, on supprima l'introduction de la glace dans le vagin et on lui permit de prendre du bouillon.

Le 14, M^{me} G. n'a pas bien dormi, 84 pulsations. Prendre chaque soir une pilule de 1 centigramme d'extrait thébaïque.

Le 15, taches rosées sur la serviette placée entre les cuisses, potages légers. Entretenir la couche de collodion sur l'abdomen.

Le 16, taches séro-purulentes et matières ayant une assez forte odeur.

Les 17, 18 et 19, taches sanguines sur la serviette; la malade croit avoir ses règles; elle a sali six serviettes dans les vingt-quatre heures.

Le 20, écoulement séreux clair, abdomen parfaitement. Suppression du collodion. L'alimentation est augmentée.

Le 27, la malade est très bien, elle dit ressentir de petites coliques dans le bas-ventre.

Le 4 juillet, les règles paraissent comme à l'ordinaire et durent trois jours.

Le 8, nos confrères conseillent à la malade de se lever et de reprendre graduellement son genre de vie habituel.

La tumeur enlevée chez cette malade était charnue, rouge, d'une consistance assez ferme. Cette néoplasie végétante était cancéreuse. Elle serait devenue dans un avenir peu éloigné, fongueuse, saignante, et eût amené des désordres mortels.

Le 22, MM. Amussat et Maurel examinèrent M^{me} G. et trouvèrent dans la lèvre antérieure un noyau dur, squirrheux, servant de base à la tumeur enlevée. Une légère cautérisation au nitrate d'argent fut pratiquée seulement, les règles ne devant pas tarder à venir. Il fut alors convenu que, pour assurer le succès de l'opération, il fallait

faire disparaître ce noyau. M. le D^r Amussat proposa d'employer l'électrolyse, mais la malade, effrayée à l'idée d'un appareil nouveau, pria ses médecins de choisir un autre moyen, si cela était possible. Il fut décidé qu'on se servirait du caustique de Filhos, d'après le procédé d'Amussat.

Le 30, après les règles, le noyau de la lèvre antérieure fut cautérisé avec un bâton de caustique Filhos, découvert longitudinalement dans le tiers de sa circonférence et dans une étendue de 2 c. 1/2 environ, introduit dans le col et maintenu pendant quelques minutes.

La lèvre antérieure fut cautérisée de la même façon, le 5 septembre et le 3 octobre. Après chaque cautérisation, la malade dut garder le lit pendant une semaine, quoiqu'il ne survint aucun accident.

Au mois de décembre, nos confrères constatèrent la disparition de la tumeur. Le col était cicatrisé et avait sensiblement diminué de volume.

Au mois d'août 1869, M^{me} G. vint voir le D^r Amussat qui put s'assurer que le col était sain et que rien ne faisait craindre la récurrence. Il l'a de nouveau examinée en 1874 et a pu se convaincre que l'épithéliôme qu'il avait enlevé ne s'était pas reproduit. Enfin d'après des nouvelles assez récentes, M^{me} G. continuerait à jouir d'une bonne santé.

OBSERVATION XIII

(Extraite de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

En 1882, Kœberlé a fait successivement l'hystérotomie vaginale et l'hystérotomie abdominale, en opérant ainsi l'ablation complète de l'utérus en deux temps. L'examen histologique du néoplasme pratiqué avant et après l'opération par deux des professeurs d'anatomie pathologique les plus renommés, avait fait poser le diagnostic de carcinôme ulcéré.

La malade, traitée d'abord par M^{lle} la doctoresse Vœlklin, de Zurich, était âgée de cinquante ans. Elle était affectée, depuis le printemps de 1882, d'un catarrhe séro-muqueux non fétide du canal génital. Quoique la ménopause eût eu lieu depuis plusieurs années, elle eut au mois d'août deux fortes pertes de sang en même temps qu'il survint par accès des douleurs vives qui s'étendaient en rayonnant des aines vers les os iliaques. La marche de l'affection et l'apparence particulièrement cachectique de la malade firent dès l'abord à M^{lle} Vœlklin l'impression d'un carcinôme. Cependant le résultat de la palpation bi-manuelle rendit notre honorée collègue fort perplexe.

La matrice en état d'antéversion était parfaitement mobile, d'un volume à peu près normal, d'une consistance uniforme et ne présentait en aucun point une sensibilité anormale. Le col était assez mou, non tuberculeux. Le canal cervical avait une largeur anormale, mais il semblait être sain. Le diagnostic paraissait indécis, mais le catarrhe utérin et les douleurs indiquaient une lésion de la cavité utérine. Pendant quelques jours, on employa divers remèdes qui restèrent inefficaces. M^{lle} Vœlklin dilata le col et put ainsi constater directement avec le doigt, en avant et à gauche, dans la cavité utérine une excroissance anormale qu'elle détruisit avec le doigt et la curette et elle cautérisa la surface d'implantation avec de l'acide nitrique. Après cette opération, les douleurs cessèrent pendant dix jours. A première vue, l'examen des particules enlevées indiquait une tumeur maligne et d'après les résultats de l'analyse microscopique de M. le professeur Klebs, de Zürich, il ne restait aucun doute sur le diagnostic d'un carcinôme médullaire, constitué par des cellules épithéliales, de forme très irrégulière à gros noyaux.

La malade me fut adressée pour l'hystérectomie. La profondeur de la cavité utérine était de 8 c. et demi. Utérus à peu près normal, sauf une petite saillie dure en avant vers la gauche. L'orifice du col utérin me parut également être malade, soit par suite de la dilatation et de la cautérisation, soit par suite d'un commencement de dégénérescence et il me sembla difficile de pouvoir conserver le col utérin. Ecoulement séreux devenant facilement fétide. Douleurs très vives par accès. La malade était veuve depuis longtemps et nullipare. Le canal génital était trop étroit et trop court pour permettre de pratiquer l'hystérectomie, soit abdominale, soit vaginale. Dans ces circonstances critiques, je me décidai à pratiquer d'abord l'hystérotomie vaginale, sauf à compléter l'hystérectomie par l'hystérotomie abdominale.

En pratiquant l'hystérotomie vaginale, il fut possible d'enlever transversalement à une hauteur de 4 c. le segment inférieur de l'utérus jusqu'à l'orifice interne du col en un point où les tissus ont paru être tout à fait normaux. Du reste, l'hystérectomie vaginale eût été impraticable séance tenante en raison de l'étroitesse trop prononcée du vagin et de l'orifice externe du canal génital. Les douleurs calmées pendant quelques jours, revinrent tout aussi intenses qu'avant l'opération.

La laparotomie pratiquée trois semaines après l'hystérotomie vaginale en raison de la persistance des douleurs permit de retrancher entièrement la partie restante de la matrice dont le corps présentait

en avant vers l'angle gauche, une saillie correspondante à une surface ulcérée de la cavité utérine où l'on avait pratiqué environ deux mois auparavant un grattage à l'aide de la curette. Les ovaires très atrophiés ne furent pas enlevés. Les ligaments larges étaient normaux. Les douleurs disparurent. Il n'y a pas eu de récurrence locale. L'opérée, M^{me} de P., est encore bien portante depuis plus de trois ans.

OBSERVATION XIV

(Extraite de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*)

Félicie Becker, née Namur, journalière, âgée de 56 ans, entre le 22 juin 1875 à la Pitié, salle Saint-Augustin, service du professeur Verneuil, pour un cancer ano-rectal.

Depuis un an environ cette femme ressentait une pesanteur gênante et de vagues douleurs au fondement. Elle remarqua bientôt qu'elle avait de fausses sensations d'aller à la garde-robe et qu'une tumeur sortait de l'anus lorsqu'elle voulait aller à la selle. Peu à peu ces symptômes s'aggravèrent, la tumeur s'ulcéra et au moindre effort donna lieu à des hémorragies sérieuses. Chaque fois qu'elle faisait le lit de ses maîtres elle était obligée de nettoyer le parquet où le sang ruisselait à flots.

Peu de jours après son entrée dans le service, M. Verneuil fit l'ablation de la tumeur, le 2 juillet, par le procédé qu'il employait alors : incision en fer à cheval contournant le coccyx et formant ainsi un vaste lambeau qui permit d'enlever le mal en entier et avec précision.

L'opération et ses suites furent aussi bénignes que possible. Au bout de quelques jours la malade était hors de danger, mais la cicatrisation définitive la maintint longtemps à l'hôpital dont elle ne sortit que le 4 décembre. Cette femme s'est présentée le 10 juillet 1881 à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Verneuil. Le rectum est parfaitement sain et nulle part on ne trouve le moindre indice de récurrence. L'examen histologique pratiqué par le docteur Nepveu a fait voir tous les caractères de l'épithélioma rectal.

OBSERVATION XV

(Communiquée obligeamment par M. le professeur WEISS
et extraite de la *Revue médicale de l'Est*)

Sarcôme de la cuisse. Désarticulation de la hanche. Guérison. —
Ch. F..., âgé de 44 ans, de constitution très vigoureuse, sans anté-

cédents morbides, entre le 24 mai 1884 à l'hôpital civil de Nancy, salle 1, lit 15. Cet homme est atteint d'une tumeur de la racine de la cuisse gauche qui a pris des proportions énormes quoique développée depuis dix-huit mois seulement. A première vue l'augmentation de volume du membre appelle l'attention. La déformation qui porte spécialement sur la région postérieure et interne est en effet telle que le malade ne peut marcher qu'en écartant fortement la jambe en dehors pour ne pas se heurter contre celle du côté opposé.

En l'examinant de plus près on constate que la tumeur s'étale sous les muscles des régions antérieure, externe et postérieure du pli de l'aîne en contournant le fémur depuis les gros vaisseaux jusqu'au voisinage du grand trochanter. Elle est de consistance charnue et paraît adhérer à l'os au niveau du petit trochanter. Il est absolument impossible de lui imprimer aucun mouvement de latéralité, ni de la déplacer sur le plan osseux sous-jacent. Cependant on se rend bien compte qu'elle n'est pas due à une hypertrophie du fémur lui-même car la partie externe de celui-ci n'est le siège d'aucune espèce de gonflement et présente une apparence normale. Cette tumeur offre en outre cette particularité intéressante qu'elle est intimement accolée contre le pubis ; aussi ne peut-on la délimiter de ce côté malgré toutes les tentatives faites pour introduire le doigt entre cette éminence et le bord supérieur de la masse néoplasique. Au contraire ses limites sont nettes inférieurement, ce qui permet de constater qu'elle descend à 5 travers de doigt environ du pli fessier. La peau sur toute sa superficie est saine et a conservé sa mobilité. Mesurée au niveau de sa plus grande circonférence la cuisse présente un périmètre de 62 c. tandis que le membre droit n'en a que 54. Indépendamment de ces signes physiques on constate divers troubles fonctionnels dont le plus important consiste dans des douleurs lancinantes s'irradiant le long du nerf sciatique et se développant soit spontanément, soit sous l'influence de la marche. A la pression la tumeur n'est cependant pas douloureuse, mais la névralgie sciatique est par instants très intense et s'accompagne de fourmillements dans tout le membre. Il est évident que la tumeur a des connexions avec ce nerf sans qu'il soit possible d'en établir la nature d'une façon précise. Il importe d'ailleurs d'ajouter que ces douleurs ont été au début les premiers symptômes qui ont manifesté la présence de la tumeur. Il n'existe pas encore actuellement de troubles vasculaires sérieux, à peine quelques varicosités au niveau de la jambe.

Le diagnostic que je porte est : sarcome probablement d'origine périostique ayant son point de départ au niveau du petit trochanter.

Ce diagnostic se base sur la marche rapide de la tumeur, sur ses caractères physiques actuels et sur les résultats de l'examen microscopique pratiqué par M. le professeur Lallement à la suite d'une ponction exploratrice qui lui avait permis de ramener quelques fragments du néoplasme. Après mûr examen je me résous à pratiquer la désarticulation de la cuisse.

Cette opération est pratiquée le 29 mai 1884 avec l'assistance de MM. Gross et Lallement, en présence de MM. E. et J. Bœckel, de Strasbourg, et de M. Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Ayant quelques craintes relativement à l'existence d'une anomalie de l'artère fémorale, anomalie que MM. Bœckel et Gross ont rencontrée lors de leurs dernières opérations, je décide de faire préalablement la ligature de l'artère iliaque externe, puis de pratiquer l'amputation à raquette antérieure suivant le procédé du professeur Verneuil.

Avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, je fais une première incision de 8 c. parallèle à l'arcade crurale et située à 1 c. au-dessus d'elle. Après avoir lié et coupé entre deux ligatures les vaisseaux sous-cutanés abdominaux, j'incise successivement l'aponévrose du grand oblique, les fibres du petit oblique et du transverse, puis je déchire le fascia transversalis avec la sonde cannelée en dehors de l'artère. Pendant qu'un aide maintient le péritoine avec un écarteur je dénude le vaisseau au lieu d'élection à 3 c. au-dessus de l'arcade et je le lie avec un fil de catgut en faisant le nœud du chirurgien. La veine iliaque est laissée intacte.

Cette opération préliminaire terminée j'applique sur le membre inférieur une bande d'Essmarch remontant jusqu'au dessus du genou où je place un tube élastique. De cette façon tout le sang de la jambe se trouve refoulé dans le torrent circulatoire.

A partir du pli de l'aîne, je fais une incision d'abord verticale, puis transversale qui vient aboutir en dedans à 7 travers de doigt au moins du pli génito-crural. Cette incision découvre la ligne des vaisseaux que je coupe en travers à peu de distance de l'arcade crurale sans avoir d'autre hémorragie qu'un écoulement facilement arrêté de sang veineux provenant de la veine crurale.

Je complète ensuite la division des téguments en croisant successivement les faces interne, postérieure et externe du membre pour aboutir à l'incision première à quelques travers de doigt du pli de l'aîne. Deux ou trois pinces à forcipressure sont placées sur des veines sous-cutanées. Le lambeau externe est alors disséqué par entailles successives à ras de la lèvre externe et supérieure de la plaie et les

divers muscles sont divisés les uns après les autres et rejetés en dehors. Dans un troisième temps je fends la capsule articulaire et la désinsère de ses attaches fémorales; j'isole ensuite les trochanters des muscles qui s'y attachent. Jusqu'alors aucune hémorragie ne s'est produite; la tumeur n'est pas encore visible. Je constate qu'elle n'adhère pas au petit trochanter ainsi que je l'avais cru et qu'elle occupe exclusivement la région postérieure de la cuisse tout en refoulant par son volume les muscles de la région interne. Je désarticule alors la tête fémorale et laisse pendre le membre. A ce moment la tumeur paraît collée contre le bassin et la face postérieure de la synoviale articulaire. Passant les doigts au-dessus d'elle, au-devant de la membrane obturatrice je la dissèque à petits coups et la sépare de ses connexions en arrière, en dehors et en dedans en coupant tous les vaisseaux visibles entre deux pinces à forcepessure et en étreignant de la même manière ceux que j'ai sectionnés sans les avoir vus, puis je termine l'opération en sortant mon couteau par l'incision cutanée en n'ayant perdu guère plus de sang que pendant la première partie de l'opération. L'hémorragie a du reste été presque insignifiante, deux à trois cents grammes de sang tout au plus.

L'opération, chloroformisation, ligature et désarticulation comprises, a duré quarante-huit minutes. Aucune tentative de réunion n'est faite. La plaie est laissée largement béante et recouverte de petits carrés de mousseline de 8 à 10 c. de diamètre de façon à pouvoir être facilement enlevés et sans qu'il y ait de blessures du foyer traumatique. De grandes pièces de mousseline trempées dans une solution d'acide phénique à 1 pour 100 enveloppent le moignon qui devra être exposé à la pulvérisation d'une même solution toutes les deux heures suivant les règles du pansement antiseptique ouvert du professeur Verneuil.

Le malade une fois réveillé est transporté dans son lit et réchauffé avec soin. Dans la journée il présente une tendance aux lypothimies que l'on combat à l'aide de boissons alcooliques. Le soir la température est de 36°,2. Injection de 1 centigr. de morphine. Glace.

30 mai. — Le malade n'a pas dormi pendant la nuit, mais il n'a pas beaucoup souffert. Il s'est produit un écoulement séro-sanguin très abondant qui imbibait les pièces du pansement, on les remplace et on continue les pulvérisations phéniquées. Le malade n'ayant pas uriné, on est obligé de le sorder. T.: matin 36°,1, soir 38°,6.

31 mai. — Il a bien reposé. Les bords de la plaie se sont déjà très notablement rapprochés, la suppuration s'est établie et est fort abondante. T.: matin 38°,2, soir 38°,4.

1^{er} juin. — L'état général est satisfaisant. Le même pansement est continué. T.: matin 37°,5, soir 38°,5.

2 juin. — Les urines ont pris une teinte brunnâtre très accentuée qui indique une notable absorption d'acide phénique. T.: mat n 37°,8, soir 37°,8.

3 juin. — La coloration des urines étant devenue presque noire, le pansement phéniqué est suspendu momentanément et remplacé par des compresses trempées dans une solution de sublimé à 1 pour 10.000°. Les pulvérisations sont faites avec une solution de chloral à 1 pour 100. Un grand nombre de petits carrés de mousseline sont tombés sauf au niveau du lambeau interne où leur adhérence est si forte qu'il est impossible de les enlever. T.: matin 37°,6, soir 38°,5. Dans la journée le malade éprouve quelques douleurs que j'attribue à la névralgie traumatique. Sulfate de quinine 0,40.

4 juin. — Même pansement. Le pus est en grande abondance et présente une assez mauvaise odeur. Néanmoins l'état général reste satisfaisant et le malade a pu manger pour la première fois. Sulfate de quinine 0,40. T.: matin 37°,4, soir 37°.

5 juin. — Les douleurs névralgiques du moignon ont disparu. On reprend la pulvérisation phéniquée. Quelques selles diarrhéiques dans la journée. T.: matin 38°, soir 37°,2.

6 juin. — Le pansement antiseptique ouvert est continué avec beaucoup d'intelligence par la sœur du service qui l'a déjà exécuté à plusieurs reprises.

Jusqu'au 16 juin aucun incident ne se produit ; la température se maintient entre 37°,9 et 38°,6 sans jamais atteindre 39°. Ce jour-là je constate que la plaie a le meilleur aspect possible et qu'elle s'est notablement rétrécie. Tous les petits carrés de linge primitivement placés sont tombés sauf un seul qui est fixé sur le lambeau interne au voisinage des gros vaisseaux et qui est si adhérent que je crains de déterminer une hémorragie en l'arrachant. Comme il est très superficiel je m'imagine que je n'ai rien à craindre et je me contente d'en enlever la plus grande partie, attendant patiemment que la suppuration le détache. On verra plus loin que l'existence de ce petit débris qui avait à peine un à deux centimètres carrés m'a causé les plus grands ennuis et a retardé de trois mois la cicatrisation du moignon. Quant à la plaie de ligature de l'iliaque externe elle est presque guérie et se réduit à une surface superficielle.

17 juin. — A mon grand étonnement je constate que la plaie s'est réunie partiellement par deuxième intention sur une grande étendue du lambeau interne, la peau s'est recroquevillée au niveau des gros vaisseaux au point même où la veille existaient les débris de linge. Ne pensant pas que celui-ci ait pu rester en place je ne décolle pas le lambeau qui paraît bien réuni pour aller à la recherche d'un fragment de mousseline que je croyais entraîné par la suppuration. Je me contente de mettre un gros drain jusque dans le fond de la cavité cotyloïde pour éviter la formation d'un clapier profond au cas où les extrémités du moignon viendraient à s'agglutiner trop rapidement. Cette précaution me paraît d'autant plus indispensable que par suite de la position horizontale du malade la face postérieure de la raquette forme une sorte de cupule où le pus tend à stagner. Pour faciliter encore l'écoulement des liquides je fais rehausser les coussins du lit de telle sorte que le malade repose sur un plan tout à fait oblique.

Les jours suivants la température oscille entre 37° et 38°.

24 juin. — La plaie de la ligature de l'iliaque externe est cicatrisée. La plaie d'amputation se comble de plus en plus et a fort bon aspect.

Jusqu'au 8 juillet la température présente des oscillations un peu plus élevées que les jours précédents sans cependant dépasser 38°,8. Ce jour-là la plaie présente un aspect grisâtre qui est très marqué du côté interne. La cavité cotyloïde est depuis longtemps comblée, mais la cicatrisation semble arrêtée partout ailleurs ; aussi fais-je supprimer le pansement antiseptique ouvert pour le remplacer par un pansement à l'iodoforme et au coton.

Les jours suivants ce même pansement est continué.

15 juillet. — Le malade, sans avoir plus de 38° de température, accuse du malaise, de la céphalalgie. Je crois d'abord à une intoxication iodoformique, mais je ne tarde pas à m'apercevoir de l'existence d'une petite fusée purulente qui s'est ouverte directement dans la plaie du voisinage de la ligne des vaisseaux sans avoir déterminé une réaction locale sensible. J'y place un drain qui s'y enfonce de 3 à 4 c. Les pansements phéniqués sont repris.

16 juillet. — La température est assez basse, mais je constate une nouvelle fusée à quelque distance de la première et ne laissant introduire comme elle qu'un drain de petit calibre. Le pus s'écoule abondamment quand on presse sur la partie interne du moignon.

17 juillet. — Troisième petite fusée à l'angle inférieur du lambeau

interne. J'y mets également un drain. L'état général reste très satisfaisant bien que l'appétit ait un peu diminué.

30 juillet. — Quatrième fusée purulente cette fois au centre du moignon qui est presque comblé par les bourgeons charnus. Elle se dirige droit vers la cavité cotyloïde. Le moignon est le siège d'une rougeur qui annonce des phénomènes phlegmoneux indiscutables.

Jusqu'alors la nature de ces divers accidents m'avait absolument échappé et je cherchais partout la cause de leur apparition quand, me souvenant un jour de ces petits débris que j'avais laissés dans la plaie, j'eus l'idée qu'au lieu d'avoir été entraînés par la suppuration comme je l'avais cru, ils avaient été englobés dans la partie interne du lambeau où ils jouaient le rôle de corps étrangers. Ce qui me confirma dans cette opinion, c'étaient le siège même des fusées purulentes et leur mode d'apparition.

Mais où aller les chercher ? le stylet ne pouvait en aucune façon me renseigner sur leur position exacte. A suivre les fistules il fallait de toute nécessité fendre le moignon en tous sens, ce qui était impraticable. Aussi me décidai-je à patienter dans l'espoir que la suppuration les amènerait au dehors. En conséquence j'établis un bon drainage et je fis continuer les pansements antiseptiques journaliers.

2 août. — La rougeur du moignon a disparu, la plaie a repris meilleur aspect. L'état général est satisfaisant. La température oscille entre 37° et 37°,5.

6 août. — La fistule centrale seule persiste et fournit une suppuration abondante.

8 août. — Même état, la température s'élève le soir à 38°.

12 août. — La partie interne du moignon est toujours rouge, indurée et douloureuse ; mais on n'y sent aucun point fluctuant.

15 août. — J'ouvre un petit abcès à l'angle inférieur du lambeau interne. Le trajet central suppure toujours. Malgré ces diverses complications l'état général se maintient bon et la température ne dépasse pas 38°,6.

20 août. — M. Rohmer, professeur agrégé à la Faculté, qui me remplace pendant les vacances, constate que la rougeur phlegmoneuse persiste ; il se décide à passer avec un grand trocart courbé un gros drain au travers du moignon depuis la partie centrale jusqu'au niveau de l'ischion. L'écoulement du pus se trouve ainsi mieux assuré. Cette manœuvre fait tomber rapidement les phénomènes inflammatoires et la cicatrisation reprend avec vigueur,

20 septembre. — A mon retour je constate l'état suivant : le moignon est entièrement cicatrisé sauf au niveau de sa partie centrale où se trouve une surface ulcérée de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Il existe encore de l'induration et de la rougeur à la partie interne, mais il n'y a plus ni douleur, ni fièvre et l'état général est satisfaisant. Le drain est toujours en place et laisse écouler une quantité très modérée de pus. Pendant les premiers jours je laisse les choses en état, puis voyant que les phénomènes inflammatoires s'amendent de plus en plus, je m'occupe de supprimer le drain en le raccourcissant progressivement avec beaucoup de prudence. Au bout de peu de temps j'arrive à l'enlever complètement et j'ai la satisfaction malheureusement momentanée de voir le moignon cicatrisé, mais le phlegmon du moignon ne tarde pas à se reproduire et un nouvel abcès se forme à la partie centrale.

Le 25 octobre j'endors le malade, j'ouvre largement l'abcès au thermo-cautère, je repasse un gros drain par le trajet primitif et je termine l'opération en appliquant sur le moignon une série de pointes de feu. Cette manière d'agir a cette fois un plein succès et je peux constater que toute rougeur a disparu et que le lambeau interne est devenu indolore.

Dans le courant de novembre je supprime le drain et bientôt il ne reste plus sur le moignon qu'une petite ulcération de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 qui finit elle-même par se cicatriser vers le 15 décembre.

Le malade quitte peu après l'hôpital avec un appareil prothétique au moyen duquel il n'a appris à marcher qu'avec beaucoup de patience et de temps. En outre il a éprouvé à plusieurs reprises des douleurs dans le moignon qui s'est rouvert deux ou trois fois, mais s'est de nouveau cicatrisé. Néanmoins l'état général est resté bon et aucune récidive ne s'est produite.

J'ai eu de ses nouvelles le 10 octobre 1887. Il est si bien portant et s'est si bien accommodé à son appareil qu'il peut à cette heure travailler dans les champs et même bêcher la terre.

OBSERVATION XVI

(Communiquée obligeamment par M. le Professeur WEISS et rédigée sur les indications de M. le Dr RENAUD)

H. G. . . , cultivateur, âgé de 61 ans, très bien conservé pour son âge et de constitution très vigoureuse, se présenta en avril 1895 à la

consultation de M. le Professeur Weiss pour une tumeur volumineuse qu'il porte depuis plus d'un an environ à la jonction du tiers moyen et du tiers supérieur du bras droit.

Ses antécédents personnels et héréditaires sont nuls.

Le malade affirme que le début de la tumeur remonte à un an à peu près et que cette dernière a considérablement augmenté de volume depuis ces quelques mois. Il ne peut préciser la cause occasionnelle de sa naissance et de son développement. Dans les premiers temps il ne ressentait qu'une simple gêne, mais ensuite il éprouva des douleurs sourdes qui ne tardèrent pas à devenir lancinantes et à s'exaspérer au moindre mouvement. Il s'agit là sans doute de compression mécanique des troncs nerveux.

La tumeur fait corps avec l'humérus dont elle embrasse toute la circonférence. Son volume actuel est approximativement d'une tête d'enfant à terme.

En raison de la gravité de la lésion et des souffrances continuelles qu'elle occasionne, M. le professeur Weiss propose la désarticulation de l'épaule qui est acceptée.

Cette opération est pratiquée au mois d'avril 1893 avec l'assistance de M. le Dr Renaud. Le procédé mis en œuvre est l'incision à raquette de Larrey. Aucune trainée ganglionnaire suspecte n'a dû être excisée. Les suites de l'opération se passèrent dans les meilleures conditions désirables. Cet homme mourut 15 mois plus tard d'une broncho-pneumonie, mais le moignon était demeuré parfaitement indemne.

La tumeur examinée était un ostéosarcôme probablement d'origine périostique.

OBSERVATION XVII

(Communiquée obligéamment par M. le Professeur Gross et extraite de la *Revue médicale de l'Est*)

Ostéochondrôme de l'apophyse transverse gauche de la troisième vertèbre dorsale.

F. A..., âgé de trente-quatre ans, journalier dans une saline des environs, est adressé à M. le Professeur Gross le 3 juin 1890 par M. le Dr Remy, de Dombasle.

C'est un homme fort et vigoureux sans antécédents héréditaires et personnels. Vers les mois d'août et de septembre 1889 ses camarades lui firent remarquer à plusieurs reprises qu'il avait l'épaule gauche plus grosse que la droite. En avril 1890 des douleurs survinrent dans

l'épaule gauche et dans les parties voisines et nécessitèrent quelques jours de repos. Après une courte interruption le travail put être repris momentanément, mais bientôt il devint impossible. Des traitements divers par des calmants et des révulsifs n'ayant produit aucune amélioration, le Dr Remy, après avoir demandé l'avis de M. Rohmer professeur à la Faculté, m'adressa le malade.

Je constatai chez lui les symptômes suivants : à l'inspection du dos, l'omoplate gauche est plus saillante que la droite, la partie voisine de l'espace interscapulaire paraît tuméfiée, l'enflure s'étend sur la base de la nuque. Il n'y a aucune modification des téguments.

A la palpation on constate en dedans de la partie supérieure du bord spinal et de l'angle interne de l'omoplate gauche une résistance particulière formée par une tumeur profondément située dans la région et dure. La forme de cette tumeur paraît régulièrement ovoïde, son volume est égal à celui d'un œuf environ. La grosseur est nettement délimitée en haut où son bord fait une saillie assez prononcée, en dedans elle est assez bien limitée encore, mais elle l'est moins vers en dehors et vers en bas où il est difficile de reconnaître si elle adhère à l'omoplate ou si elle en est indépendante. La tumeur est absolument fixe, elle semble tenir au squelette profond de la région et être implantée sur les côtes ou sur le rachis. Elle ne suit en aucune façon les mouvements de l'omoplate, mais quand le malade élève ou abaisse le bras gauche, on perçoit au niveau de la tumeur des bruits de frottement ou de craquement. Il n'y a pas de douleurs spontanées, les souffrances n'apparaissent que lorsque le malade répète un certain nombre de fois de suite les mouvements du bras.

Aucun engorgement des ganglions de l'aisselle ou de la nuque. Etat général excellent.

Le diagnostic fut relativement facile. Je conclus à une tumeur du rachis, probablement une exostose née de ses parties latérales, sans doute d'une apophyse transverse, celle de la deuxième ou de la troisième vertèbre dorsale. Quant aux bruits de frottement et aux craquements, ils rappelaient ceux que l'on perçoit dans les luxations scapulo-humérales anciennes et non réduites lorsque la tête humérale frotte contre les surfaces osseuses voisines. Je les expliquai par le frottement du bord spinal de l'omoplate contre la surface de l'exostose.

En raison des douleurs déterminées par les mouvements de l'épaule et de l'impossibilité de travailler qui en résultait je propose l'extirpation de la tumeur que le malade accepte avec empressement.

L'opération est pratiquée le 10 juin 1890. Après antisepsie de la

région opératoire et chloroformisation je fais en dedans du bord spinal de l'omoplate et parallèlement à ce bord sur la partie saillante de la tumeur une incision de 12 c. Après les téguments j'incise les couches musculaires du trapèze et du rhomboïde qui se reconnaissent facilement à la direction de leurs fibres, puis viennent quelques feuillets très minces étalés au devant de la tumeur. Celle-ci apparaît nettement isolée de l'omoplate dont le bord interne est libre dans la partie externe de la plaie. Elle est adhérente dans la profondeur sur la colonne vertébrale. La tumeur offre une consistance dure, sa surface est légèrement mamelonnée, mais lisse, son contour irrégulièrement bosselé est libre ; l'implantation a lieu par un pédicule étroit.

En cherchant à isoler la tumeur, j'ouvre une vaste poche kystique située en avant d'elle et d'où s'écoule un flot de liquide visqueux contenant une série de corps libres, durs, irrégulièrement arrondis, de grosseur variable. La poche s'étend à une certaine distance au-dessous de l'omoplate, mais cet os n'est nullement dénudé. Un coup de ciseau sur la base de la tumeur suffit pour la détacher de son point d'implantation.

La tumeur enlevée j'entreprends la dissection de la poche qui l'entoure, ce qui me paraît indispensable pour ne pas exposer l'opéré à une fistule consécutive intarissable. Cette dissection est loin d'être aisée ; ce n'est qu'après avoir débridé la plaie vers en dehors, sectionné les insertions du muscle angulaire, une partie des insertions du grand dentelé, ruginé et reséqué une bonne partie de la fosse sus-épineuse que je réussis à extirper la totalité de la poche kystique. L'artère scapulaire dut être liée pendant la dissection.

L'hémostase étant assurée dans le foyer opératoire, la plaie est lavée au sublimé et à l'eau stérilisée, puis les plans musculaires et les téguments sont suturés sauf au point déclive où je place un drain. Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile.

Les suites de l'opération ont été bénignes bien qu'il y ait eu un peu de suppuration. Deux points de suture ont coupé au point de jonction des deux incisions tégumentaires. Malgré ce léger incident la cicatrisation a été achevée au bout de trois semaines et l'opéré est rentré chez lui au bout d'un mois.

Mon confrère le D^r Remy a eu l'obligeance de m'écrire récemment que depuis l'opération la guérison ne s'est pas démentie un instant. Il n'y a aucune trace de récurrence. L'épaule gauche est absolument libre sans aucune gêne, sans aucune douleur et cependant le travail que fait mon ancien opéré est assez pénible. Jamais celui-ci n'a été arrêté.

OBSERVATION XVIII

(Communiquée obligeamment par M. le Professeur HEYDENREICH et rédigée sur les indications de M. le Professeur agrégé FRÖELICH)

Tumeur maligne de la lèvre inférieure ayant envahi le maxillaire.

M..., âgé actuellement de 61 ans et demeurant à la Maison départementale de secours de Nancy. Homme de constitution affaiblie.

Père mort à l'âge de 35 ans des suites d'une pneumonie. Mère morte asthmatique à un âge assez avancé. A eu un frère qui est encore aujourd'hui bien portant et deux sœurs dont l'une est morte, vers sa quarantième année, d'une maladie d'estomac, le malade ne pouvant préciser s'il s'agissait vraiment d'une affection cancéreuse, l'autre sœur étant en bonne santé.

Pendant son enfance a eu de fréquentes bronchites et maintenant encore souffre presque tous les hivers de catarrhes bronchiques rebelles. A l'âge de 22 ans fut atteint d'une fièvre typhoïde à forme très grave dont la convalescence se prolongea durant plusieurs mois. Ne présente sans cela rien de marquant dans son histoire pathologique.

Dans le commencement de l'année 1890, le malade dut entrer à l'hôpital civil dans le service de M. le Professeur Heydenreich pour se faire débarrasser d'un épithéliome siégeant sur la partie médiane de la lèvre inférieure et empiétant légèrement sur le côté droit. Cette opération fut pratiquée par M. Rohmer, professeur agrégé, durant le congé de Pâques 1890 et consista dans l'ablation de la partie envahie, accompagnée de l'excision de quelques ganglions dégénérés et suivie d'une autoplastie complémentaire. La guérison s'acheva, normalement et pendant près de deux ans notre sujet put se croire délivré radicalement, lorsque dans les premiers mois de 1892 la repullulation se manifesta et envahit presque en même temps la branche horizontale du maxillaire inférieur et la région des ganglions sous-maxillaires.

Dans un espace de temps compris d'avril 1892 à septembre 1893, 6 interventions successives furent renouvelées contre les progrès de la tumeur récidivante et s'échelonnèrent à des intervalles presque réguliers d'environ deux mois. Les 5 premières opérations furent pratiquées par M. le Professeur Heydenreich et l'ablation qui termina la série fut faite par M. le Dr Frœlich, alors chef de clinique.

Au cours de ces diverses opérations la branche horizontale du

maxillaire inférieur du côté droit dut être sacrifiée à peu près en totalité ; cependant le malade n'est que très peu défiguré et sa prononciation n'est nullement entravée. Nous l'avons revu ces jours derniers, l'état local est très satisfaisant et depuis 3 ans et 4 mois qu'a eu lieu la dernière extirpation, rien ne fait craindre un retour offensif.

OBSERVATION XIX

(Communiquée obligeamment par M. le Professeur HEYDENREICH et rédigée sur les indications de M. le Professeur agrégé FRÖELICH)

Tumeur maligne du maxillaire inférieur.

Femme âgée de 54 ans, entrée en juillet 1892 à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le Professeur Heydenreich.

Présente une tumeur intéressant une portion notable du maxillaire inférieur. Le néoplasme siège exactement sur sa partie moyenne qu'il déborde même d'environ 1 c. 1/2 à 2 c. de chaque côté de la région médiane. Induration périphérique très prononcée. Secrétion fétide. Il est impossible de reconnaître par le palper si les ganglions sous-maxillaires sont déjà infiltrés. Le diagnostic porté est épithéliome de la mâchoire inférieure.

L'opération pratiquée est la résection de toute la partie médiane du maxillaire inférieur faite au moyen du bistouri et de la scie à chaîne. Hémorragie assez abondante. On enlève 6 c. de l'étendue du maxillaire, exactement 3 c. à droite et autant à gauche de la symphyse du menton. Au cours de l'intervention trois ganglions sublinguaux légèrement envahis furent extirpés. Réunion par première intention. Guérison parfaite, vérifiée dans le courant de 1896.

OBSERVATION XX

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH.)

Epithélioma du coude.

Femme syphilitique, entrée le 30 juin 1888, au service de M. le professeur Heydenreich, où elle occupe le lit 13 de la salle 5.

Cette malade présente un membre supérieur gauche dans un état absolument misérable. L'avant-bras gauche est en flexion sur le bras, la main correspondante dans l'extension forcée et les doigts en flexion.

Ces derniers sont luxés et ont glissé les uns sur la face palmaire, les autres sur la face dorsale de la main qui a la forme d'un moignon. Tout le bras et l'avant-bras gauches sont convertis en un tissu cicatriciel. Ils présentent parfaitement l'apparence d'un membre brûlé par une substance excessivement chaude, de la fonte en fusion par exemple. A l'olécrâne se trouve une plaie que l'examen histologique a démontrée être un épithéliôme. Ce néoplasme s'est peut-être greffé sur des bourgeons charnus de la plaie. Il n'y a pas d'induration de la plaie, ni d'engorgement ganglionnaire. C'est pour être débarrassé de cette tumeur qu'elle vient à la clinique. Tous les muscles du bras gauche sont atrophiés. Depuis 20 ans, ce bras suppure. En outre, cette malade porte sur le corps et plus particulièrement sur le bras droit un fort eczéma à la troisième période. Il est probable que cet eczéma a été bien plus violent encore sur le bras gauche où il est resté à la deuxième période (période de suintement), grâce à l'emploi funeste des pommades par lesquelles on la traite depuis 20 ans. Ces pommades irritantes ont détruit le derme et formé un tissu cicatriciel rétractile qui a déterminé les troubles considérables que nous avons remarqués. L'amputation a été faite plus haut que le coude. La peau était entièrement parcheminée et toute l'épaisseur du bras constituée par du tissu conjonctif, les muscles étant réduits à quelques fibres musculaires. Cette malade a été revue à plusieurs reprises, notamment en juillet 1891 et dans le courant de 1896. Son état général était alors aussi satisfaisant que possible.

OBSERVATION XXI

(Communiquée obligeamment par M. le professeur Heydenreich et rédigée sur les indications de M. le professeur agrégé Frœlich.)

Epithéliôme de la paupière inférieure.

Femme de très petite taille, rachitique, entre en août 1892 à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Heydenreich, salle 5.

Elle porte sur le bord libre de la face antérieure de la paupière inférieure du côté droit une tumeur dont la surface est couverte d'une ulcération sanieuse et qu'elle dit s'être développée très lentement. Le cancer aurait fait sa première apparition 6 ans auparavant sous la forme d'un petit bouton de la dimension d'une tête de forte épingle et dont la superficie était revêtue d'une sorte de croûte qui tombait

et se reproduisait tour à tour. Peu à peu son diamètre alla en s'élargissant au point d'atteindre une surface équivalant à peu près à un centimètre carré. La palpation ne manifeste nulle part l'existence de ganglions hypertrophiés.

L'opération pratiquée se composa d'une première et large excision de toute la moitié de la paupière inférieure englobée par le néoplasme, complétée par une autoplastie ayant pour effet de combler la perte de substance ainsi faite. Le lambeau autoplastique reprit parfaitement et la réunion par première intention se réalisa sans accident.

Cette femme est actuellement très bien portante et ne porte ni trace ni menace de récidive.

OBSERVATION XXII

(Communiquée obligeamment par M. le professeur HEYDENREICH et rédigée sur les indications de M. le professeur agrégé FRÖELICH.)

Epithéliôme de l'oreille.

F. M., âgé de 62 ans, entre en mai 1890, à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Heydenreich, salle 3.

Depuis 2 ans, cet homme porte à la partie supérieure et externe du pavillon de l'oreille droite une prolifération à surface ulcérée présentant tous les signes d'un épithéliôme cutané superficiel à marche lentement progressive.

Le malade prétend qu'ayant reçu par hasard un léger coup de baleine de parapluie sur le rebord supérieur du pavillon auriculaire, il s'ensuivit une petite écorchure qui refusa de se cicatriser, augmenta peu à peu d'étendue et arriva à envahir presque toute la moitié supérieure du pavillon de l'oreille droite.

On ne peut saisir aucun ganglion lymphatique tuméfié dans les régions adjacentes.

L'opération, très simple, consista dans la seule excision de toute la partie intéressée, la section pénétrant entièrement dans le tissu sain au delà de l'induration périphérique. La cicatrisation se produisit normalement et le malade examiné dans le cours de 1896 fut trouvé pur de tout indice de récidive.

OBSERVATION XXIII

(Communiquée obligeamment par M. le professeur GROSS, et extraite de la *Revue médicale de l'Est*.)

Cystosarcôme de la paroi abdominale antérieure. — Extirpation.
— *Guérison.*

V. C., de Guenestroff (Alsace-Lorraine), âgée de quarante ans, tailleuse, non mariée, entre à la clinique le 10 mai 1887.

C'est une femme brune, de constitution moyenne et présentant les apparences d'une bonne santé. Réglée à onze ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis. Pas d'antécédents héréditaires. Une fièvre muqueuse à l'âge de treize ans.

Il y a seize ans, dit-elle, elle s'aperçut pour la première fois qu'elle portait dans le flanc droit une tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tumeur s'est développée insensiblement sans jamais occasionner la moindre douleur, elle a grossi progressivement et depuis quelque temps elle gêne par son volume.

Etat actuel. — Dans le flanc droit, à environ trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque et de l'arcade crurale, existe une tumeur saillante au-dessus du niveau de la peau, de la grosseur d'une tête de fœtus de huit mois. Au niveau de la tumeur, les téguments présentent une teinte légèrement jaunâtre et quelques varicosités veineuses; ils sont mobiles sur la tumeur. Celle-ci est de forme ovoïde à grand diamètre, parallèle à la direction des fibres du grand oblique de l'abdomen. Son extrémité externe dépasse de trois travers de doigt environ l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle mesure 17 c. de diamètre transverse et 14 c. dans le sens vertical. La surface de la tumeur est lisse, dans la moitié inférieure on reconnaît quelques lobulations. Sa consistance est rénitente, dans sa moitié supérieure elle donne une sensation de pseudo-fluctuation, peut-être de fluctuation obscure. La pression à sa surface n'est pas douloureuse. De temps en temps la malade y ressent quelques lancées. La tumeur est mobile sur les parties profondes dont elle se délimite nettement; elle ne présente aucun prolongement dans la cavité abdominale.

L'état général de la malade est satisfaisant. L'examen des grands viscères et des grandes fonctions ne présente rien de particulier à noter. Rien dans les urines.

Le diagnostic porté est lipôme ou sarcôme de la paroi abdominale. En raison de la rareté des lobulations, on penche pour un sarcôme.

Le 13 mai, extirpation de la tumeur. Chloroformisation. Précautions antiseptiques habituelles. Incision tégumentaire de 18 c. dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur et parallèlement à l'arcade crurale. On découvre facilement le néoplasme; par une petite éraillure de sa surface, il s'écoule une certaine quantité de liquide brunâtre. La dissection de la partie superficielle de la tumeur se fait aisément, la partie profonde est fortement adhérente et difficilement isolée. Le néoplasme semble s'être développé sous le muscle grand oblique. Quand il est enlevé on s'aperçoit qu'il est resté dans la plaie une sorte de coque qui entourait la partie profonde de la tumeur. On dissèque et on extirpe soigneusement cette coque.

L'extirpation des parties altérées terminée, des fils de catgut remplacent les quelques pinces hémostatiques appliquées pendant le cours de la dissection. Puis on réunit la plaie par six sutures profondes, drains aux extrémités.

Pansement antiseptique avec gaze iodoformée et phéniquée. Bandage ouaté légèrement compressif.

La tumeur examinée présente les caractères macroscopiques et microscopiques du cystosarcôme.

Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible. Aucune réaction ni locale ni générale.

Le 15 mai on enlève l'un des drains, le 17, trois fils, le 21, les trois autres, le 25, le second drain. Le 20, la cicatrisation est achevée. Le 30, l'opérée se lève, et le 2 juin, elle quitte le service. A plusieurs reprises elle a été revue dans le cours de ces dernières années. Sa santé est parfaite. Il n'existe aucun indice de récidive.

OBSERVATION XXIV

(Communiquée obligeamment par M. le Professeur Gross et extraite de la *Revue médicale de l'Est*.)

Chondrosarcôme de la glande sous-maxillaire. — Extirpation Guérison.

D... H..., de Plombières (Vosges), âgée de 41 ans, mariée, est adressée par M. le Dr Liétard à M. le professeur Gross, le 20 novembre 1883. Les antécédents héréditaires sont nuls. Elle a toujours été bien portante et régulièrement menstruée, a eu quatre grossesses et a passé sa vie à la campagne. La malade entre à l'hôpital pour une tumeur qu'elle porte au-dessous du maxillaire inférieur du côté gauche.

Le début de la maladie remonte à une huitaine d'années. A cette époque, la malade a commencé à sentir sur le côté gauche du cou, au-dessous de la mâchoire inférieure, une petite grosseur du volume d'une noisette. La tumeur a grossi peu à peu, mais c'est surtout après ses quatre accouchements successifs que la malade a remarqué cette augmentation de volume. Au mois d'avril 1883, la tumeur était un peu plus grosse qu'un œuf. Après quelques frictions avec la pommade iodurée, elle avait diminué, au dire de la malade. Il n'y a jamais eu aucune douleur, ni aucun trouble fonctionnel du côté de la voix ou de la déglutition.

État actuel. — La tumeur est située sur la partie latérale gauche du cou, au-dessous du maxillaire inférieur dans la région sous-maxillaire. Elle est limitée en arrière par le bord antérieur du sternomastoïdien, en haut par le maxillaire inférieur, en avant par une ligne qui, partant d'un point situé à 5 centimètres du menton, descendant un peu en dehors jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde; en bas, elle s'arrête à son niveau. La tumeur a la forme d'une pyramide dont le sommet serait inférieur et la base sur le maxillaire; elle mesure 6 centimètres de hauteur, 6 centimètres de largeur à sa base, 5 centimètres à sa partie moyenne et 6 cent., 5 dans son diamètre oblique. Elle est légèrement bosselée à sa surface, trilobée à son bord interne, très dure et de consistance cartilagineuse parfaitement indolente. Son siège est superficiel, elle est située sous le peaucier du cou, mobile sur les parties profondes, notamment sur le maxillaire inférieur quoique se prolongeant un peu en-dessous de sa branche horizontale. Elle est également mobile sur le plancher buccal comme il est facile de s'en assurer en portant un doigt dans la bouche et en imprimant des mouvements à la tumeur. Les conduits de Wharton secrètent également des deux côtés. A la mâchoire inférieure absence de la deuxième petite molaire et de la dernière grosse molaire; quelques autres dents sont cariées. La tumeur ne détermine aucune gêne dans les mouvements de la mâchoire ou de la déglutition et aucune altération de la voix. État général excellent.

Diagnostic : chondrôme de la glande sous-maxillaire. En raison de la rareté du chondrôme pur et de la fréquence du mélange d'éléments sarcomateux dans ce genre de néoplasme, M. le professeur Gross propose l'extirpation de la tumeur, qui est acceptée.

Opération. — 27 novembre 1883. — Chloroformisation. Précautions antiseptiques ordinaires. Dans la région sous-maxillaire gauche, incision tégumentaire curviligne à concavité supérieure sur la partie

moyenne de la tumeur partant de l'angle de la mâchoire inférieure et venant se terminer à 2 centimètres en dehors de la symphyse du menton. Incision du peaucier et de l'aponévrose superficielle. On jette quelques fils sur les veines cutanées de la région. Le lambeau supérieur, ainsi formé, est relevé, le bord inférieur de l'incision légèrement abaissé à l'aide de deux érignes. Mise à découvert d'une tumeur d'aspect rosé, de forme lobulée, de consistance dure et parfaitement délimitée. Les adhérences de la coque avec les parties voisines sont faibles, le manche du bistouri suffit à les rompre. La face supérieure de la tumeur au-dessous du maxillaire est plus difficile à isoler, la coque ayant en ce point des connexions intimes avec le tissu de la glande sous-maxillaire. A ce niveau la tumeur s'enfonce profondément d'environ 4 centimètres. Pas de rapports avec l'artère et la veine faciales. Le bord antéro-interne de la tumeur présente un prolongement vers la ligne médiane du cou. De ce côté, ainsi qu'en arrière, l'énucléation est facile; en arrière et en dedans se trouve un pédicule vasculaire sur lequel on jette une ligature avec du fil de catgut n° 2 avant de le sectionner. Enfin la tumeur est définitivement enlevée. Réunion de la plaie opératoire par trois points de suture au fil d'argent, un petit drain dans le milieu de la ligne de réunion. Pansement de Lister. Compression par une éponge antiseptique incorporé dans le pansement.

L'examen microscopique révèle un chondrosarcome.

Suites de l'opération aussi bénignes que possibles. Apyrexie complète.

1^{er} décembre. — On ouvre le pansement pour enlever le drain. Aucune réaction locale. La réunion est faite. Nouveau pansement antiseptique compressif.

6 décembre. — Troisième pansement pour enlever les fils d'argent. Le petit orifice par lequel passait le drain est cicatrisé. L'opérée quitte le service le 15 décembre; la guérison est complète.

M. le docteur Liétard à qui nous nous sommes adressé a pu nous certifier qu'il avait revu cette femme sans nulle récurrence plus de trois ans après l'opération. Passé ce délai, il l'a complètement perdue de vue. Il nous a été impossible de retrouver ses traces.

OBSERVATION XXV

(Communiquée obligeamment par M. le Professeur HEYDENREICH)

Sarcôme du voile du palais.

M^{me} D. . . , âgée de cinquante et un ans, vigneronne, née et demeurant à Maizières-les-Toul, entre le 30 janvier 1891 à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le Professeur Heydenreich où elle occupe le lit n° 15 bis de la salle 5.

Antécédents. — Père mort d'hémorragie. Mère morte d'une hernie étranglée. Mari bien portant. Deux enfants également bien portants.

Réglée à treize ans. N'a jamais été malade.

L'affection a débuté il y a neuf ans. La malade a senti dans sa bouche une tumeur de la dimension d'une noisette qu'elle localise dans la partie gauche du voile du palais. Le lendemain de la Toussaint cette tumeur se serait ouverte et pendant quatre jours il se serait écoulé du sang. Depuis ce temps l'affection a suivi son cours et la tumeur a augmenté considérablement. Depuis un mois environ la malade remarque que la tumeur augmente en s'avancant vers le côté droit. Avant elle pouvait encore manger, boire et respirer comme à l'état normal. Elle n'a jamais eu de douleurs ni dans la tumeur ni aux alentours. Depuis un mois elle ne peut plus rien avaler de solide, elle prétend que tout est repoussé, seuls les liquides passent. Pendant la nuit elle est obligée de s'asseoir dans son lit pour pouvoir respirer. La voix est altérée comme chez une personne qui a un gros corps étranger dans la bouche.

Etat actuel. — Lorsque la malade ouvre la bouche, on constate au fond une tumeur irrégulière, bosselée, fermant complètement la cavité de l'arrière-bouche. A gauche la tumeur est recouverte par la muqueuse du voile du palais. A droite il existe plusieurs bourgeons d'une teinte violette, ulcérés. Lorsqu'on introduit l'index gauche on peut en partant de la partie droite faire en arrière tout le tour de la tumeur. Les deux fosses nasales sont libres. La sonde de Belloc introduite dans la narine gauche peut être perçue en bas au-dessous de la tumeur. Cette dernière a le volume d'une orange et semble dépendre de la partie gauche du voile du palais. A l'extérieur on ne sent aucune modification, rien au niveau de l'angle de la mâchoire, pas de ganglions hypertrophiés.

Opération (6 février). — Après anesthésie par le chloroforme, M. le Professeur Heydenreich avec le galvano-cautère fait l'incision du voile du palais à la limite externe gauche de la tumeur. Cette incision demi-circulaire est prolongée jusqu'en bas. Puis avec les doigts il énuclée toute la tumeur, après l'avoir sortie on constate que le voile du palais est intact et qu'il ne manque que la muqueuse dans la moitié antérieure gauche. Par trois points de suture M. le Professeur Heydenreich peut reconstituer presque entièrement la muqueuse du voile du palais. Il n'y a qu'à gauche que le pilier antérieur est fortement repoussé en avant et entre lui et l'amygdale, il semble y avoir une cavité. L'opération n'a duré que vingt minutes. La malade a perdu passablement de sang.

Pas de pansement. Lavages boriqués plusieurs fois par jour.

Le 13 février on enlève les fils. Le voile du palais est presque entièrement reconstitué et ne présente rien d'anormal.

Le 14, la malade se trouvant très bien quitte l'hôpital.

Des informations récentes (28 décembre 1896) nous ont appris que M^{me} D... est encore vivante aujourd'hui et se porte parfaitement.

CONCLUSIONS

Il nous resterait, après cette revue beaucoup trop restreinte, des principaux organes qui paraissent doués du triste privilège de constituer un siège d'élection pour les tumeurs malignes, à synthétiser un tel ensemble de faits de manière à en dégager quelques propositions, sinon absolument neuves, du moins pouvant apporter un tribut de quelque valeur aux succès que l'on est en droit d'espérer d'un traitement énergique et radical du cancer à son début. Mais, si les anatomo-pathologistes et les cliniciens les plus expérimentés n'ont pu arriver à édifier une sorte de code opératoire indiquant, à coup sûr, la meilleure ligne de conduite à tenir dans tel ou tel cas déterminé, il ne nous convient point de chercher à préciser par quelle voie l'on parviendra au but depuis si longtemps poursuivi, la cure parfaite et sans récurrence. Bien moins encore, nous hasarderons-nous à vouloir déterminer les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale. D'ailleurs, à propos des divers organes le plus fréquemment intéressés, nous avons eu matière à exposer quelques appréciations relatives au pronostic et aux chances plus ou moins étendues qui s'offrent à l'opération. Aussi, pour ne pas nous livrer ici à des répétitions sans intérêt et qui n'ajouteraient rien à ce que nous avons déjà vu, nous dirons

seulement, et en cela, nous nous abritons sous l'autorité de maîtres incontestés, que l'extirpation aura les plus grandes probabilités de réussite, alors qu'elle s'attachera à une tumeur maligne encore peu développée, siégeant chez un sujet sain et qu'elle ne courra pas le risque de l'entraîner dans des complications plus redoutables que le mal lui-même.

Concernant la vérification à faire de la guérison persistante et du bon état aussi bien général que local, dans lequel se maintient un opéré, nous croyons pouvoir émettre cette opinion que les chances de survie s'ajoutent les unes aux autres, suivant une progression arithmétique, c'est-à-dire qu'un sujet ayant passé, sans menace de repullulation locale et sans tuméfaction ganglionnaire, un an révolu à dater de la guérison post-traumatique, aura des probabilités deux fois plus grandes de voir s'écouler une nouvelle année avec une santé satisfaisante.

Les résultats contemporains de la thérapeutique chirurgicale, tant sous le rapport du nombre des guérisons prolongées que de l'abaissement du chiffre de la mortalité, sont montés depuis une quinzaine d'années à une proportion presque double de celle où ils étaient antérieurement ; mais tout nous fait présumer qu'ils n'ont pas encore donné ce qu'on est en droit d'exiger d'une intervention largement préventive.

La proportion la plus favorable de guérisons suivies au moins 3 ans, à laquelle s'arrêtent les statistiques modernes, flotte entre le quart et le tiers des faits qui ont été l'objet d'une opération s'étant proposé un but curatif et non simplement palliatif. Nous devons faire une division à part pour les épithéliômes

cutanés et superficiels de certaines parties de la face, notamment du front, qui fournissent un contingent de guérisons définitives approchant de la moitié des cas.

Dans quelques circonstances très rares, et qui tendent, de jour en jour, à devenir exceptionnelles, on pourra concevoir des doutes sur l'efficacité de l'ablation, en particulier, quand il s'agit du cancer du testicule, ces tumeurs, d'une constitution mixte, se reproduisant sur place avec la plus extrême facilité. Peut-être, pourrions-nous avancer la même proposition touchant certaines formes de squirrhes atrophiques à développement insensible, siégeant de préférence chez les vieillards.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Nancy, le 28 janvier 1897.

Le Président de la thèse,

Le Recteur,

A. HEYDENREICH.

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- Lisfranc. — *Mémoires sur le squirrhe. (Archives générales de médecine, tome II, 1826.)*
- Andral. — *Précis d'anatomie pathologique, 1829.*
- Cruveilhier. — *Anatomie pathologique du corps humain, 1830-1842.*
- Lebert. — *Physiologie pathologique, 1845.*
— *Traité pratique des maladies cancéreuses, 1851.*
- Broca. — *Mémoires de l'Académie de Médecine, 1852.*
— *Traité des tumeurs, 1868-1869.*
- Velpeau. — *Traité des maladies du sein, 1854.*
- Leroy d'Etiolles. — *Bulletin de l'Académie de Médecine, tome IX.*
- Virchow. — *Gazette médicale de Paris, 1855.*
- Verneuil. — *Archives générales de médecine, 1854.*
— *De la diathèse néoplasique (Revue scientifique, 1881.)*
— *Propriétés pathogènes des microbes renfermés dans les tumeurs malignes (Revue de chirurgie, 1889.)*
- Marc d'Espine. — *Essai analytique et critique de statistique mortuaire, 1858.*
- Follin. — *Pathologie externe, tome I, 1861.*
- Cornil. — *Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1864-65-66.*
- Robin. — *Dictionnaire de Nysten, article cancer, 1865.*
- Moricourt. — *De la nature des affections considérées cliniquement comme cancéreuses, 1865.*
- Hénocque. — *De l'inoculation du cancer (Gazette hebdomadaire, 1867.)*
- Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie pathologique.*
- Heurtaux. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article Cancer.*
- F. Gross. — *Tumeurs perlées des doigts (Revue médicale de l'Est, 1884).*
- Kirmisson. — *Cancer du rectum (Union médicale, 1888).*
— *Cancer du rectum (Gazette des Hôpitaux, 1889.)*
- A. Routier. — *Cancer du rectum (Revue de chirurgie, 1889).*

A. Rémond. — *De la nature infectieuse du cancer* (*Gazette des Hôpitaux*, 1889.)

Paul Raymond. — *Origine épithéliale et nature parasitaire du cancer* (*Gazette des Hôpitaux*, 1889),

H. Cristiani. — *Epithéliome traumatique par greffe dermique* (*Revue de chirurgie*, 1892.)

F. Terrier et H. Hartmann. — *Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus* (*Revue de chirurgie*, 1892.)

G. Etienne. — *Revue générale des principaux facteurs invoqués dans l'étiologie des tumeurs* (*Revue médicale de l'Est*, 1893.)

Revue de chirurgie, 1881-1894.

Revue médicale de l'Est, 1880-1895.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1880-1894.

Gazette des Hôpitaux, 1880-1895.

Revue des Sciences médicales, 1880-1895.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	4
I. — Essai sur la définition du cancer	12
II. — Origine épithéliale et nature parasitaire des tumeurs malignes.....	24
III. — De la diathèse cancéreuse.....	45
IV. — De la curabilité des tumeurs malignes en général.....	59
V. — Tumeurs malignes des lèvres.	83
VI. — Tumeurs malignes de la mamelle	87
VII. — Tumeurs malignes de l'utérus	97
VIII. — Tumeurs malignes de l'ovaire.....	113
IX. — Tumeurs malignes de la langue.....	115
X. — Tumeurs malignes du rectum	121
XI. — Tumeurs malignes de la face.....	127
XII. — Tumeurs malignes du fémur.....	129
XIII. — Recueil d'observations.....	131
XIV. — CONCLUSIONS	170
BIBLIOGRAPHIE.....	173

